



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM E FARMÁCIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM



GABRIELLA DE ARAÚJO GAMA

Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender na Consulta de Enfermagem à gestante

Maceió
2017

GABRIELLA DE ARAÚJO GAMA

Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender na Consulta de Enfermagem à gestante

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas, como requisito para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Cristina Soares Figueiredo Trezza

Área de Concentração: Enfermagem no cuidado em saúde e na promoção da vida.

Linha de Pesquisa: Enfermagem, Vida, Saúde, Cuidado dos Grupos Humanos.

Maceió
2017

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central

Bibliotecária Responsável: Janaina Xisto de Barros Lima

- | | |
|-------|--|
| G184a | <p>Gama, Gabriella de Araújo.
Modelo de promoção da saúde de Nola Pender na consulta de enfermagem à gestante / Gabriella de Araújo Gama. – 2017.
132 f. : il.</p> <p>Orientadora: Maria Cristina Soares Figueiredo Trezza.</p> <p>Dissertação (mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Alagoas. Escola de Enfermagem e Farmácia. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Maceió, 2017.</p> <p>Bibliografia: f. 98-114.
Apêndices: f. 115-124.
Anexos: f.125-132.</p> <p>1. Cuidado pré-natal. 2. Promoção da saúde. 3. Processo de enfermagem.
4. Teoria de enfermagem. 5. Pender, Nola, 1941. I. Título</p> |
|-------|--|

CDU: 616-083:618.2-082

Folha de Aprovação

AUTORA: GABRIELLA DE ARAÚJO GAMA

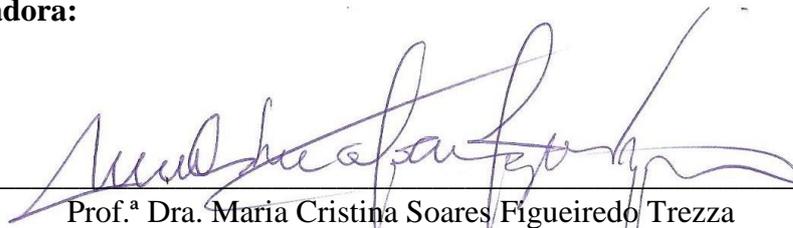
Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender na Consulta de Enfermagem à gestante

Dissertação submetida ao corpo docente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas e aprovada em 21 de fevereiro de 2017.

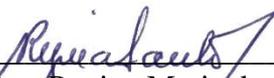
Área de Concentração: Enfermagem no cuidado em saúde e na promoção da vida.

Linha de Pesquisa: Enfermagem, Vida, Saúde, Cuidado dos Grupos Humanos.

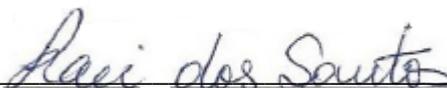
Banca examinadora:



Prof.ª Dra. Maria Cristina Soares Figueiredo Trezza
Universidade Federal de Alagoas – UFAL
Orientadora



Prof.ª Dra. Regina Maria dos Santos
Universidade Federal de Alagoas – UFAL
Examinadora Interna



Prof.ª Dra. Iraci dos Santos
Universidade Estadual do Rio de Janeiro – UERJ
Examinadora Externa

**À todas as enfermeiras que acreditam ter em
mãos o poder de transformação de uma realidade e
orientam suas ações de cuidado em razão desta crença.**

MEUS AGRADECIMENTOS

À Deus, por tantas bênçãos concedidas e pela presença constante em minha vida, sempre iluminando os meus caminhos, conduzindo os meus passos, me fortalecendo e não me permitindo desistir;

Aos meus pais, Alania e Cléber, minha eterna gratidão, pela vida, educação, cuidado e amor imenso.

Ao meu irmão, Cléber Henrique, cúmplice de uma infância feliz;

Ao Arthur, pelo amor e amizade, pelos sonhos compartilhados, apoio e incentivo constante neste percurso;

Aos meus familiares e amigos, pela torcida imensa, pelos momentos de alegria e descontração, e por compreenderem minhas necessidades de ausência.

À minha orientadora, Dra. Maria Cristina Soares Figueiredo Trezza e, sobretudo, amiga Cris, pelo suporte que transcendeu a execução deste trabalho. Obrigada por acreditar em mim, por me inspirar, pelo tanto que aprendo só em observá-la, e pelo que representa para mim como pessoa, professora e enfermeira.

Às professoras Dra. Regina Maria dos Santos, Dra. Iraci dos Santos e Dra. Lenira Maria Wanderley Santos de Almeida, pelo olhar atencioso que tiveram para com este trabalho, contribuindo para seu aprimoramento.

Aos colegas da 5ª turma do Mestrado Acadêmico em Enfermagem do PPGENF/UFAL, por compartilharem comigo um turbilhão de emoções, alegrias e pesares do mestrado;

Aos profissionais da Estratégia Saúde da Família de Satuba, em especial às enfermeiras Anildes, Adriana, Alba, Laura e Cleide, pela gentileza de sempre e por toda a atenção dispensada durante os meses de coleta de dados da pesquisa.

Às mulheres gestantes, que confiaram em mim para lhes cuidar e orientar no momento mais sublime de suas vidas, tornando possível a realização desta pesquisa.

*“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar.
Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota”*

Madre Teresa de Calcutá

RESUMO

Essa dissertação de mestrado teve como objetivo analisar a aplicação da Teoria Modelo de Promoção da Saúde (TMPS) de Nola Pender no pré-natal através do Processo de Enfermagem. Tratou-se de um estudo qualitativo com abordagem descritiva, realizado com dezesseis mulheres-gestantes cadastradas no pré-natal de risco habitual das unidades da Estratégia Saúde da Família do município de Satuba/AL. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, CAAE 54919316.0.0000.5013, e respeitou os princípios éticos propostos na Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde. A coleta de informações ocorreu no período de maio a dezembro de 2016, durante as consultas de enfermagem pré-natais e seguiram roteiros semiestruturados. A análise das informações coletadas apoiou-se nos pressupostos da TMPS de Nola Pender, referencial teórico adotado nesse trabalho. Os resultados indicaram que preponderaram as mulheres na faixa etária de 20-25 anos de idade, com peso adequado, que possuíam ensino médio completo, que estavam desempregadas, que possuíam uma união estável e que se encontravam em uma gestação subsequente e não planejada. Os comportamentos prévios passíveis de serem modificados na gestação estavam predominantemente relacionados à prática de atividade física, aos padrões alimentares e nutricionais e à exposição aos compostos de tabaco. Os principais benefícios percebidos pela gestante para a adoção de comportamentos promotores da saúde eram em relação ao feto e ao alívio de desconfortos gravídicos. As barreiras para a ação foram a rotina sobrecarregada, a indisposição e os desejos alimentares. Predominaram as mulheres que acreditavam na capacidade de efetuar mudanças em seus hábitos alimentares e de exposição ao tabaco e, em contrapartida, mostravam-se incertas quanto à perspectiva de mudança no que se refere à atividade física. A avaliação final indicou que as mulheres-gestantes foram capazes de modificar seus hábitos e assumir comportamentos promotores da saúde, demonstrando que a TMPS de Nola Pender se configura como uma possibilidade de reorientação da prática de assistência de enfermagem no pré-natal.

Descritores: Cuidado Pré-Natal; Promoção da Saúde; Processo de Enfermagem; Teoria de Enfermagem.

ABSTRACT

This master's thesis aimed to analyze the application of Nola Pender's Theory of Health Promotion (HPMT) in prenatal care through the nursing process. This was a qualitative study with a descriptive approach, carried out with sixteen pregnant women registered in the habitual risk prenatal care units from Family Health Strategy of the Satuba /AL City. The project was approved by the Research Ethics Committee, CAAE 54919316.0.0000.5013, and respected the ethical principles proposed in Resolution No. 466/12 of the National Health Council. Information were collected from May to December of 2016, during the pre-natal nursing visits and followed semi-structured scripts. The collected information analysis was based on the assumptions of HPMT by Nola Pender, theoretical reference adopted in this thesis. The results indicated that preponderated women in the 20-25 year age group, with adequate weight, who had completed high school, which were unemployed, which had a stable union and were in a subsequent and unplanned pregnancy. Previous behaviors that could be modified during pregnancy were predominantly related to physical activity, dietary and nutritional patterns, and exposure to tobacco compounds. The main benefits perceived by the pregnant woman for the adoption of health promoting behaviors were in relation to the fetus and the relief of pregnancy discomforts. The barriers to action were overloaded routine, malaise, and food desire. Women who believed in the ability to effect changes in their eating habits and exposure to tobacco predominated and, on the other hand, were uncertain about the prospect of change in physical activity. The final evaluation indicated that pregnant women were able to modify their habits and take on health-promoting behaviors, demonstrating that Nola Pender's HPMT is a possibility to reorient the practice of nursing care in prenatal care.

Descriptors: Prenatal Care; Health Promotion; Nursing Process; Nursing Theory.

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 – Seleção de artigos sobre teorias de enfermagem no pré-natal	16
Figura 02 – Seleção de artigos sobre a assistência de enfermagem no pré-natal	17
Figura 03 – Modelo de sete eixos da CIPE® versão 2015.....	43
Figura 04 – Representação do Espaço Metodológico Quadripolar da Dissertação: Aplicação da Teoria Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender no pré-natal	44
Figura 05 – Diagrama da Teoria Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender	47
Figura 06 - Relação das fases do processo de enfermagem com o processo de enfermagem implícito na TMPS de Nola Pender.....	51
Figura 07 – Fluxograma de aplicação da Teoria Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender no pré-natal	54

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Ganho de peso recomendado na gestação segundo o estado nutricional inicial.....	26
Quadro 2 - Porções diárias do grupo de cereais, tubérculos e raízes	32
Quadro 3 - Porções diárias do grupo de verduras e legumes	32
Quadro 4 - Porções diárias do grupo de frutas.....	34
Quadro 5 - Porção diária do grupo de feijões	34
Quadro 6 - Porções diárias do grupo de leites, queijos e iogurtes	35
Quadro 7 - Porção diária de carnes, peixes e ovos.....	35
Quadro 8 - Porção diária de óleos e gorduras	36
Quadro 9 - Porção diária de açúcares e doces.....	37
Quadro 10 - Fatores sociodemográficos e clínicos das gestantes participantes da pesquisa	61
Quadro 11 – Comportamento prévio relacionado aos padrões alimentares e nutricionais	66
Quadro 12 – Comportamento prévio relacionado à prática de atividade física	67
Quadro 13 – Exposição das gestantes participantes da pesquisa aos compostos de tabaco.....	68
Quadro 14 – Autoeficácia percebida pelas gestantes participantes da pesquisa	72
Quadro 15 – Ganho de peso gestacional das mulheres participantes da pesquisa	77
Quadro 16 – Comportamento de atividade física durante a gestação	80
Quadro 17 – Lista de Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem com base na CIPE® a serem utilizados na aplicação da TMPS de Nola Pender no pré-natal.....	85

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACOG – Colégio Americano de Ginecologistas e Obstetras

BDENF – Base de Dados de Enfermagem

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde

CIPE® – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

DeCS – Descritores em Ciências da Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

ICN - Conselho Internacional de Enfermeiros

IMC – Índice de Massa Corporal

LILACS – Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MEDLINE – Medical Literature Analysis and Retrieval System Online

MS – Ministério da Saúde

PE – Processo de Enfermagem

SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem

SciELO – Scientific Electronic Library Online

TMPS – Teoria Modelo de Promoção da Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 REVISÃO DA LITERATURA	19
2.1 Gestação: uma “janela de oportunidade” para a promoção da saúde	19
2.2 Estilo de vida saudável na gestação	20
2.3 Recomendações acerca de comportamentos saudáveis na gestação	25
2.3.1 Recomendações para o ganho de peso gestacional	25
2.3.2 Recomendações para a atividade física na gestação.....	27
2.3.3 Recomendações quanto à alimentação saudável na gestação.....	30
2.4 Consulta de Enfermagem no pré-natal	40
2.4.1 Sistematização da Assistência de Enfermagem.....	40
2.4.1.1 Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.....	42
3 METODOLOGIA	44
3.1 Espaço metodológico quadripolar	44
3.1.1 Pólo epistemológico	45
3.1.2 Pólo teórico.....	45
3.1.3 Pólo morfológico	51
3.1.4 Pólo técnico	52
3.2 Aspectos éticos	55
4 RESULTADOS	57

4.1	Características e experiências individuais	57
4.1.1	Fatores Pessoais.....	57
4.1.2	Comportamento prévio relacionado	62
4.1.2.1	Padrões alimentares e nutricionais	62
4.1.2.2	Comportamento de atividade física	67
4.1.2.3	Tabagismo	68
4.2	Sentimentos e conhecimento acerca do comportamento específico	69
4.2.1	Benefícios percebidos para a ação.....	69
4.2.2	Barreiras percebidas para a ação	70
4.2.3	Autoeficácia percebida.....	71
4.2.4	Sentimento em relação ao comportamento	72
4.2.5	Influências interpessoais	73
4.2.6	Influências situacionais	74
4.3	Comportamento de promoção da saúde desejável	74
4.3.1	Compromisso com o plano de ação.....	74
4.3.2	Demandas competitivas imediatas e preferências	76
4.3.3	Comportamento promotor da saúde	77
4.4	Diagnósticos de Enfermagem	85
4.5	Ações educativas	87
5	DISCUSSÃO	88
6	CONCLUSÃO	96

REFERÊNCIAS	98
APÊNDICE A	115
APÊNDICE B	122
ANEXO A	125
ANEXO B	129

1 INTRODUÇÃO

Esta dissertação trata sobre a **aplicação da Teoria Modelo de Promoção da Saúde (TMPS) de Nola Pender no pré-natal**. A concepção deste objeto de estudo surgiu ao observar que, na prática, o cuidado pré-natal está ancorado no modelo biologicista e tecnicista, marcado pela medicalização em detrimento de medidas de promoção da saúde, caracterizando-se por uma assistência mecânica, reducionista e fragmentada que visa cumprir protocolos que valorizam o quantitativo de gestantes atendidas, aferições e medidas.

O modelo biomédico, predominante no sistema de saúde brasileiro, é centrado no profissional de saúde e tem como base a assistência ao indivíduo doente, com ênfase nas ações curativas e no tratamento das doenças, lesões e danos. Entre outras limitações, o modelo médico hegemônico possui uma concepção de saúde restrita à dimensão biológica e individual, de saúde das gestantes, a Estratégia Saúde da Família (ESF), se configura como cenário ideal à reestruturação do pré-natal, por ser uma proposta de reorientação do modelo assistencial a partir dos preceitos da promoção da saúde e, para isso, aposta no “(...) estabelecimento de vínculos e criação de laços de compromisso e de corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população” (BRASIL, 1997, p. 7; BRASIL, 2001).

A implementação da ESF no Brasil implicou em avanços positivos na atenção à saúde da mulher, especialmente no pré-natal de risco habitual, contudo, é possível perceber as dificuldades de consolidação de um novo modelo de atenção à saúde, visto que o modelo médico hegemônico continua exercendo uma influência significativa nas práticas assistenciais (FERTONANI et al., 2015; SILVA; CASOTTI; CHAVES, 2013).

Deste modo, observa-se um cenário em que a gestação, fenômeno fisiológico que deveria ser percebido, pela mulher e profissionais de saúde, como parte de uma experiência de vida saudável, tende a ser convertida em doença, e a gestante sujeita a uma assistência pré-natal intervencionista e às normas ditadas pelos profissionais de ‘saúde’ (BRASIL, 2014).

O período gestacional configura-se como um momento particularmente propício para a realização de ações de promoção da saúde, visto que oferece um novo e importante incentivo para a realização de mudanças positivas no estilo de vida familiar e que a necessidade de se adotar comportamentos mais saudáveis pode ser percebida mais facilmente nesta fase (COOPER; PETHERICK; WRIGHT, 2013; ONAT; ABA, 2014; NASCIMENTO et al, 2014).

Tal concepção representa um desafio à organização dos serviços de assistência à gestante, pois coloca questões que vão além da competência técnico-científica em que se baseia o modelo hegemônico, a partir do qual as ações pré-natais têm historicamente se estruturado.

Neste sentido, a atenção pré-natal, caracterizada pelo conjunto de ações realizadas pelos profissionais de saúde durante o período gestacional, deveria transcender as condutas tecnicistas e a exaltação às modificações biológicas, compreendendo também os aspectos psicossocioculturais envolvidos neste processo e fazendo uso de estratégias de promoção da saúde, que contribuem para a qualidade de vida da gestante e reduzem as complicações materno-infantis associadas com comportamentos não saudáveis (BARRETO et al, 2013).

Na perspectiva de um novo modelo de assistência pré-natal fazem-se necessárias pesquisas que abracem este desafio, a fim de consolidar a promoção da saúde como pilar deste cuidado (COOPER; PETHERICK; WRIGHT, 2013). Fundamentado neste entendimento, este estudo apresentou a seguinte questão norteadora: **A TMPS de Nola Pender configura-se como uma possibilidade de reorientação da prática de assistência de enfermagem no pré-natal?**

Para responder tal pergunta foi estabelecido como objetivo:

- **Analisar a aplicação da TMPS de Nola Pender no pré-natal através do Processo de Enfermagem.**

No sentido de realizar uma avaliação do estado da questão referente ao objeto de estudo, foi realizado um levantamento de produções científicas publicadas nos idiomas português, inglês e espanhol, no período compreendido entre os anos de 2007 e 2016, nas fontes PubMed, Scientific Electronic Library Online (SciELO) e, através da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na Base de Dados de Enfermagem (BDENF), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE).

No primeiro levantamento, por meio dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e operadores booleanos “AND” e “OR”, empregou-se a seguinte estratégia de busca: "Prenatal Care" AND ("Nursing Theory" OR "Models, Nursing"). Para a busca realizada na BVS E SCIELO foram utilizados os mesmos descritores, no idioma português, agrupados aos

sinônimos existentes, resultando na estratégia de busca: ("Cuidado Pré-Natal" OR "Assistência Pré-Natal" OR "Pré-Natal") AND ("Teoria de Enfermagem" OR "Modelos de Enfermagem").

Foram encontrados 64 artigos, alguns duplicados por estarem indexados em mais de uma base de dados, no entanto apenas 02 estudos abordaram algum aspecto relacionado a uma teoria e/ou modelo de enfermagem na acepção da palavra e no contexto da assistência pré-natal, conforme está representado na figura 01:

Figura 01 – Seleção de artigos sobre teorias de enfermagem no pré-natal.



Fonte: elaborado pela autora.

O primeiro artigo selecionado abordou a Teoria de Transição para a Maternidade de Rubin e Mercer e objetivou analisar, através de uma revisão crítica da literatura, se a utilização da mesma é a melhor maneira de orientar a prestação de cuidados centrados na mulher, antes, durante e após o nascimento. Para tal utilizou-se um quadro feminista pós-estruturalista, no qual a teoria foi descrita, criticada e discutida (PARRATT; FAHY, 2011).

O segundo artigo tratou-se de um estudo transversal de abordagem quantitativa, em que foi utilizado um questionário com base nos benefícios, barreiras e influências pessoais, parte de um dos componentes do referencial teórico proposto pela TMPS de Nola Pender, a fim de determinar os fatores que influenciam a aderência ao pré-natal em um grupo de gestantes (MELLADO; ÁVILA, 2016).

Verifica-se que os dois estudos descritos não utilizam a teoria de enfermagem como aporte teórico/metodológico, tampouco abordam seu processo como método pelo qual o enfermeiro coloca em prática a teoria, tratando-se, portanto, de uma abordagem completamente distinta da proposta nesta pesquisa.

Em seguida, ao cruzar os DeCS: "Prenatal Care", "Nursing Care" e "Health Promotion" nenhuma produção foi encontrada nas bases de dados citadas anteriormente. Esse resultado mostra que a temática promoção da saúde no cuidado pré-natal não tem sido objeto de estudo

e publicação por parte dos enfermeiros, indício de que, ainda quando realizado por esses profissionais, que deveriam estar à frente na aplicação de um paradigma que garantisse um cuidado holístico, o pré-natal é conduzido por levantamentos de queixas, realização de exame obstétrico e solicitação de exames complementares, não havendo tempo/espaço para aplicação e estudos voltados à promoção da saúde.

Suprimindo o descritor ‘promoção da saúde’, a fim de analisar a produção científica acerca da assistência de enfermagem no âmbito pré-natal, foi realizado novo levantamento de artigos publicados nos idiomas citados, com o mesmo recorte temporal, através das seguintes estratégias de busca: "Prenatal Care" AND "Nursing Care", no PubMed, e ("Cuidado Pré-Natal" OR "Assistência Pré-Natal" OR "Pré-Natal") AND ("Cuidados de Enfermagem" OR "Assistência de Enfermagem" OR "Atendimento de Enfermagem") nas buscas realizadas na BVS e SCIELO, cujo resultado obtido está representado na Figura 02:

Figura 02 – Seleção de artigos sobre a assistência de enfermagem no pré-natal.



Fonte: elaborado pela autora.

Dos 54 artigos encontrados, a maioria abordava aspectos relacionados à assistência pré-natal num contexto geral, não relacionando com a assistência de enfermagem, ou referiam-se aos períodos de parto e pós-parto. Deste modo, após análise, foram selecionados 10 estudos que abordavam a prática assistencial do enfermeiro no período pré-natal, após eliminação daqueles que se repetiam em mais de uma base de dados.

Dentre os artigos selecionados, sete apresentaram o objetivo de caracterizar e/ou avaliar as ações de enfermagem desenvolvidas no pré-natal em um determinado espaço/contexto (ALVES et al, 2015; DUARTE; ALMEIDA, 2014; DUARTE; MAMEDE, 2013; FERNANDES; ANDRADE; RIBEIRO, 2011; GUERREIRO et al, 2012; HERNÁNDEZ; MARÍA, 2012; OLIVEIRA et al, 2015). Tais estudos oferecem subsídios para os enfermeiros refletirem sobre sua prática, no entanto apresentam limitações por não lhes apresentarem um modelo alternativo, que se configure como uma possibilidade de transformação da assistência.

Foi encontrada, ainda, uma revisão integrativa que identificou uma lacuna no conhecimento referente às possíveis contribuições dos cuidados de enfermagem para a participação da mulher no processo de decisão do ciclo gravídico-puerperal (BUSANELLO et al, 2011). É possível refletir, a partir da busca realizada, que tal lacuna está presente como um todo no que se refere às contribuições proporcionadas pelo cuidado de enfermagem no período pré-natal, visto que apenas um artigo apresentou tal correlação. Tratou-se de um estudo de coorte retrospectiva que identificou que visitas domiciliares de enfermeiras no período pré-parto configuravam-se como fator de proteção contra parto prematuro e poderiam contribuir para a redução das disparidades raciais na mortalidade infantil (WELLS et al, 2008).

Por fim, o último artigo selecionado, fez alusão ao processo de enfermagem, tratando da importância de focar um diagnóstico de enfermagem pontual, o de disfunção sexual em gestante, durante o pré-natal (QUEIROZ; SOUSA; LOPES, 2013). Esse achado aponta para uma escassez de estudos que tratam da aplicação do processo de enfermagem, especificamente no contexto da assistência pré-natal.

Assim, a relevância e a importância deste estudo residem na apresentação de um modelo de atenção pré-natal que aplica uma teoria de enfermagem, TMPS de Nola Pender, fundamentada pelos princípios da promoção da saúde e em comportamentos saudáveis possíveis de serem assumidos pela mulher na gestação, lacuna identificada na revisão do estado da questão. Além disto, estudos dessa natureza promovem a valorização da enfermagem como ciência, ao apontar seu conhecimento próprio como alicerce para as ações de cuidado desenvolvidas.

A aplicação de uma teoria de enfermagem na prática assistencial contribui para a formação de uma base sólida de conhecimento, que orienta e organiza o cuidado prestado. Ao se apropriar de instrumentos inerentes ao cuidado de enfermagem, tais como as teorias e modelos teóricos da profissão, a enfermeira empodera-se, toma consciência de seu papel, e exerce uma enfermagem com mais cientificidade e segurança (BARNUM, 1998; CHINN; KRAMER, 1995; MELEIS, 1997).

2 REVISÃO DA LITERATURA

O capítulo a seguir aborda a promoção da saúde na gestação; a relação entre o estilo de vida materno e a saúde; as recomendações acerca de comportamentos saudáveis na gestação; e a Consulta de Enfermagem no pré-natal, a fim de embasar, a partir de pesquisas e evidências científicas, as orientações sobre os comportamentos saudáveis possíveis de serem adotados na gestação.

2.1 Gestação: uma “janela de oportunidade” para a promoção da saúde

A gestação é um momento intenso de mudanças, descobertas e aprendizados na vida da família, podendo ser percebido como uma oportunidade para a implementação de estratégias de educação e promoção em saúde, visando a instituição de hábitos saudáveis que possam ser levados por toda a vida (BRASIL, 2016; COOPER; PETHERICK; WRIGHT, 2013; FRATTESI; CORRÊA JUNIOR, 2010).

Contrapondo-se às ações que focalizam a prevenção de um número limitado de transtornos maternos, uma atenção pré-natal que se dedica a promover a saúde da gestante exerce um impacto positivo sobre a saúde materno-infantil e possui o potencial de deixar um legado de saúde, desenvolvendo hábitos de vida que perdurem a longo prazo (ODENT, 2009).

No período pré-natal, os retornos periódicos permitem um acompanhamento regular da mulher pelo profissional de saúde, favorecendo o planejamento, implementação e avaliação de condutas de saúde. Além disso, durante a gravidez, a mulher tende a estar mais atenta às informações e altamente motivada a adotar comportamentos saudáveis, por si e pelo bebê, assim como a abandonar hábitos que podem ser prejudiciais (COUTINHO et al., 2014; HAAKSTAD; VOLDNER; BØ, 2013; JACKSON et al., 2011; NASCIMENTO et al, 2014).

Estudos demonstram que o período gestacional é considerado um momento oportuno para o abandono de práticas como o tabagismo, e que as recomendações e intervenções de estilo de vida, realizadas neste momento, possuem o potencial de melhorar os hábitos alimentares e suscitar mudanças nos níveis de atividade física, aumentando a probabilidade da execução e manutenção desta prática (DODD, 2015; DODD et al., 2014a; GUELINCKX et al., 2010; HAAKSTAD; VOLDNER; BØ, 2013; HORAN et al., 2014a; HUI et al., 2012; POSTON et al., 2015; RATTAN et al., 2013).

Compreendendo essa fase como propícia às intervenções de estilo de vida, os profissionais de saúde envolvidos no pré-natal devem apropriar-se das recomendações direcionadas à população de gestantes, a fim de fundamentar suas ações. Além disso, torna-se importante conhecer a relação entre o estilo de vida e a saúde materno-infantil, percebendo os benefícios obtidos com a adoção de hábitos mais saudáveis e os problemas passíveis de acontecer conseqüente à manutenção de comportamentos de risco.

2.2 Estilo de vida saudável na gestação

Um estilo de vida saudável na gestação está associado a inúmeros benefícios à mãe e ao bebê. Uma assistência pré-natal de qualidade, que entende tal relação, é considerada um grande determinante dos indicadores de saúde, e apresenta ainda, a capacidade de reduzir a mortalidade materna e neonatal, que está na maioria das vezes, associada a fatores de risco potencialmente modificáveis (BRASIL, 2013).

Cada vez mais, as evidências sugerem que condições do estilo de vida pré-natal influenciam a saúde materno-infantil e são potenciais preditores de complicações na gravidez. Em uma avaliação das taxas de prematuridade entre mulheres chinesas, foi possível identificar um aumento do risco de parto prematuro associado com a imigração para países ocidentais, podendo-se atribuir este efeito a mudanças no estilo de vida, incluindo o tabagismo, hábitos alimentares e obesidade (SCHIFF; NASSAR; ROBERTS, 2011). Observa-se, ainda, uma baixa prevalência de pré-eclâmpsia na China em comparação com caucasianas, outro fator que pode estar relacionado a aspectos comportamentais (XIAO et al., 2014).

A relação entre pré-eclâmpsia e estilo de vida tem sido sugerida por estudos que alegam um potencial de redução no risco desta urgência obstétrica a partir de exercícios de baixa intensidade, intervenções dietéticas e controle do ganho de peso gestacional (ALLEN et al., 2014; MELTZER et al., 2011; THANGARATINAM et al., 2012b; YEO, 2011). Ademais, os resultados de um caso-controle mostraram que as mulheres que apresentaram deficiência de vitamina D eram mais propensas a desenvolver pré-eclâmpsia, enquanto que, em outra investigação, a ingestão de fibra alimentar foi associada a uma redução no risco desta síndrome hipertensiva, destacando a importância de modificações no comportamento alimentar para a prevenção deste agravo (ABEDI et al., 2014; QIU et al., 2008).

Além da prevenção da pré-eclâmpsia, as intervenções dietéticas na gravidez são eficazes para reduzir o ganho de peso gestacional e os riscos de prematuridade, hipertensão e diabetes gestacional (THANGARATINAM et al., 2012b). A adesão a padrões alimentares saudáveis também desempenha importante papel no controle de desconfortos como náuseas e vômitos, que podem estar associados a um consumo elevado de carboidrato e açúcares (CHORTATOS et al., 2013).

Em um estudo randomizado que analisou o impacto de intervenções de estilo de vida no pré-natal, concluiu-se que as ações direcionadas à alimentação saudável estão associadas com menor glicemia de jejum e ganho de peso gestacional em comparação com aquelas ações voltadas exclusivamente à atividade física (SIMMONS et al., 2015). No entanto, outros ensaios clínicos dão destaque à associação entre orientação alimentar e atividade física para restringir o ganho de peso gestacional e prevenir complicações gestacionais como diabetes mellitus, síndromes hipertensivas e parto prematuro (FACCHINETTI et al., 2014; MCGIVERON et al., 2015; OTENG-NTIM et al., 2012; PETRELLA et al., 2014; VINTER et al., 2014a).

As evidências apontam que mulheres fisicamente ativas experienciam menos desconfortos e complicações da gravidez (JOY; MOTTOLA; CHAMBLISS, 2013). Charlesworth et al. (2011), relataram ainda, que mesmo as mulheres previamente inativas apresentam baixo risco para eventos adversos fetais e maternos quando realizam atividade física de rotina durante a gravidez.

Diversos estudos têm determinado que comportamentos de atividade física reduzem a prevalência de diabetes mellitus gestacional (AUNE et al., 2016; CORDERO et al., 2015; DEIERLEIN; SIEGA-RIZ; EVENSON, 2012; JOY; MOTTOLA; CHAMBLISS, 2013; NASIRI-AMIRI et al., 2016; TOBIAS et al., 2011). Os benefícios resultantes da prática de exercício físico na gravidez incluem também, menor risco de prematuridade e de síndromes hipertensivas; alívio de desconfortos físicos, náuseas, vômitos e dor lombar; melhoria da função cardiovascular, da sensação de bem-estar e da qualidade de vida, entre outros (ARIZABALETA et al., 2010; BABBAR; PARKS-SAVAGE; CHAUHAN, 2012; FORTNER et al., 2011; FOXCROFT et al., 2011; HORAN et al., 2014c; JOY; MOTTOLA; CHAMBLISS, 2013; PENNICK; LIDDLE, 2013; RAKHSHANI et al.; 2010; SZYMANSKI; SATIN, 2012; VALLIM et al., 2011).

Intervenções que promovem uma vida fisicamente ativa também reduzem os níveis de ansiedade e sintomas depressivos durante a gravidez (BOGAERTS et al., 2013; ROBLEDOLCOLONIA et al., 2012; SHIVAKUMAR et al. 2011). Por sua vez, a depressão pré-natal associa-se com prematuridade; baixo-peso ao nascer; comprometimento do crescimento, desenvolvimento e movimentação fetal; sono desorganizado; e menor resposta aos estímulos pelo recém-nascido. Além disso, tem sido observado que filhos de mães deprimidas apresentam problemas emocionais e comportamentais durante a infância e adolescência, bem como doenças crônicas na idade adulta (FIELD, 2011).

O entendimento de que a exposição a fatores relacionados ao estilo de vida materno, no ambiente intrauterino, é relevante na determinação do risco de desenvolvimento de doenças que podem manifestar-se na infância e, até mesmo, na vida adulta, exalta a importância das ações pré-natais, configurando-as como estratégia significativa para promoção da saúde e prevenção de agravos sob a perspectiva da saúde populacional (CAPRA et al., 2013; DODD, 2014).

Níveis inadequados de nutrientes essenciais ao desenvolvimento fetal e ingestão hipercalórica, podem levar a uma reprogramação no interior de tecidos fetais, predispondo a criança a condições crônicas na vida adulta, que incluem obesidade, doenças cardiovasculares, diabetes, comprometimento da saúde óssea, cognição e função imune (HANLEY et al., 2010; KOLETZKO et al., 2013; PROCTER; CAMPBELL, 2014). As doenças cardiovasculares na vida adulta podem ter, ainda, como preditores, fatores maternos como diabetes gestacional, tabagismo e ganho de peso excessivo durante a gravidez (KELISHADI; POURSAFA, 2014).

Outras evidências sugerem que aspectos comportamentais podem ter efeitos a longo prazo sobre a prole. Excessivo ganho de peso gestacional e o peso infantil elevado ao nascer, por exemplo, desencadeiam o risco subsequente de sobrepeso e obesidade na infância e na idade adulta (DODD, 2014; KOLETZKO et al., 2013; MOURTAKOS et al., 2015; ROBINSON et al., 2014; ROBINSON et al., 2015; ROSSEM et al., 2015). Cabe ressaltar que um dos principais fatores maternos associado ao aumento do peso ao nascer é o índice de massa corporal (IMC) materno e o próprio ganho de peso gestacional (DODD et al., 2011; HORAN et al., 2014b; LUDWIG; CURRIE, 2010; MARTIN et al., 2015).

Sendo estas, condições frequentemente relacionadas a uma dieta desequilibrada e estilo de vida sedentário, as intervenções de estilo de vida durante a gravidez, que promovem a alimentação saudável e estimulam o engajamento em atividades físicas de rotina, suscitam uma

redução significativa do nascimento de bebês com peso acima de 4 kg e otimizam o ganho de peso gestacional saudável, prevenindo outras complicações associadas e atuando no combate a obesidade, sob o ponto de vista da saúde pública (BOGAERTS et al., 2013; DODD et al., 2014b; GESELL et al., 2015; HARRISON et al., 2013; HERRING et al., 2012; HUI et al., 2014; HUI et al., 2012; MCGIVERON et al., 2015; MOURTAKOS et al., 2015; MUKTABHANT et al., 2015; O'BRIEN; GRIVELL; DODD, 2016; OTENG-NTIM et al., 2012; PETRELLA et al., 2014; POSTON et al., 2015; RUCHAT et al., 2012; SHIRAZIAN et al., 2014; VINTER et al., 2011).

Alterar a fonte de carboidratos na dieta materna, priorizando alimentos de baixo índice glicêmico, impacta positivamente a adiposidade infantil e previne o ganho excessivo de peso gestacional e a macrossomia fetal (DONNELLY et al., 2015; HORAN et al., 2014b; KNUDSEN et al., 2013; MCGOWAN et al., 2013; OKUBO et al., 2014; WALSH et al., 2010; WALSH et al., 2012). O estudo de Horan et al. (2014b), mostrou ainda, que a adiposidade neonatal foi positivamente associada com a ingestão de gordura saturada na dieta materna e apresentou uma tendência negativa com o consumo de gordura poli-insaturada.

Outros aspectos maternos são capazes de influir na saúde infantil. Bebês nascidos de mulheres que seguiram orientações de estilo de vida durante a gestação, por exemplo, foram significativamente menos propensos a apresentar síndrome do desconforto respiratório e tiveram um menor tempo de internação pós-natal (DODD et al., 2014b).

O nível recomendado de atividade física gestacional exerce um impacto positivo no desenvolvimento da linguagem da criança aos dois anos de idade (POLAŃSKA et al., 2015). Já a ingestão de cafeína durante a gravidez está significativamente associada com um risco aumentado de trabalho de parto prematuro e de defeitos congênitos específicos, tais como os cardiovasculares e genitais (OKUBO et al., 2015; PEI et al., 2015). Além disto, doenças metabólicas, como a diabetes, são capazes de determinar alterações no crescimento e desenvolvimento fetal (CAPRA et al., 2013).

A adesão a comportamentos pré-natais saudáveis também promove a saúde materna a longo prazo (HERRING et al., 2012). Hábitos alimentares saudáveis e atividade física durante a gravidez, que apresentam relação direta com o ganho ponderal adequado, também reduzem a retenção de peso pós-parto e favorecem o retorno e manutenção do peso pré-gestacional (HARRISON; LOMBARD; TEEDE, 2012; HORAN et al., 2014a; KIRKEGAARD et al.,

2015; PHELAN et al., 2014; RUCHAT et al., 2012; VINTER et al., 2014b). Os resultados alcançados por Claesson, Josefsson e Sydsjö (2014), em um estudo prospectivo, indicam ainda, que participar de um programa de restrição do ganho de peso gestacional pode ter um efeito positivo sobre o peso em até seis anos após a intervenção.

Ademais, o ganho de peso acima do recomendado para o período gestacional, está associado com adiposidade abdominal materna a longo prazo, o que pode aumentar o risco de a mulher desenvolver doenças cardiovasculares e metabólicas, como diabetes (MCCLURE et al., 2013).

Alguns autores apresentam associações entre aspectos relacionadas ao estilo de vida da mulher e os resultados de parto. Elevado IMC materno e peso ao nascimento, foram vistos como condições que aumentam a incidência de partos cesáreos e de indução do trabalho de parto (DODD et al., 2011; MARTIN et al., 2015; VOLDNER et al., 2009). Em contrapartida, aconselhamento dietético e prática de exercício podem resultar em um menor risco de cesariana (BARAKAT et al., 2012; MUKTABHANT et al., 2015; PRICE; AMINI; KAPPELER, 2012). Já a inatividade física pré-gestacional, aumenta o risco de lacerações perineais (VOLDNER et al., 2009).

O aumento do IMC materno também é um fator de risco significativo para o desenvolvimento de diabetes mellitus gestacional, o que reafirma o potencial de prevenção desta complicação a partir da educação em saúde e promoção de estilos de vida saudáveis, conforme exposto anteriormente (JAVID et al., 2015; KOIVUSALO et al., 2016; MARTIN et al., 2015; OTENG-NTIM et al., 2012).

Por fim, as mulheres estão expostas a outras ameaças relacionadas com o estilo de vida, além de maus hábitos alimentares e inatividade física, como por exemplo, o tabagismo, que é positivamente associado com restrição do crescimento intrauterino, baixo peso ao nascer, menor comprimento ao nascer, prematuridade e diminuição do desenvolvimento psicomotor da criança (BALÁZS et al., 2013; HORAN et al., 2014b; HOWE et al., 2012; MURPHY et al., 2013; MUTSAERTS et al., 2014; PAGE; SLEJKO; LIBBY, 2012; POLANSKA et al., 2015; POLANSKA et al., 2013).

Fumar durante a gravidez envolve uma redução generalizada da maioria dos parâmetros neonatais, como resultado do comprometimento do crescimento fetal, contudo, Samper et al.

(2012), sugerem que a massa magra corporal do neonato parece ser mais afetada do que a gordura corporal. Esta afirmação corrobora com outros estudos que apontam uma associação positiva entre o tabagismo e a adiposidade ao nascimento (HORAN et al., 2014b; HOWE et al., 2012).

A exposição ao fumo no útero materno também é significativamente associada ao sobrepeso/obesidade na infância e, especialmente quando somado ao alto IMC materno, pode estar associada a defeitos cardíacos congênitos (CHEN et al., 2012; FENG et al., 2014; MOURTAKOS et al., 2015; ROBINSON et al., 2015; SUZUKI et al., 2009). O tabagismo passivo durante a gestação também acarreta prejuízos e aumenta a carga de malformações do olho, orelha, face e pescoço, sistema cardiovascular e sistema respiratório nos recém-nascidos (PEI et al., 2015).

Conforme exposto, diversas condições ameaçam o desenvolvimento saudável de uma gestação e podem comprometer o bem-estar materno e fetal. Estes resultados sublinham a importância de políticas e intervenções de saúde coletiva que promovam a vida saudável entre as mulheres durante a gravidez, fase onde os comportamentos maternos não saudáveis também podem impactar a saúde da próxima geração (COOPER; PETHERICK; WRIGHT, 2013; POLANSKA et al., 2015).

2.3 Recomendações acerca de comportamentos saudáveis na gestação

Considerando os agravos associados com comportamentos não saudáveis, faz-se necessário que a promoção de estilos de vida saudáveis seja parte integrante dos serviços de saúde prestados para as mulheres grávidas. Estudos com vários níveis de evidências apoiam o papel da dieta, atividade física e ganho de peso ideal durante a gravidez e apontam recomendações, cabendo ao profissional de saúde, apropriar-se destas a fim de conceber um apoio eficaz e multifacetado às gestantes (COOPER; PETHERICK; WRIGHT, 2013; STANG; RUFFMAN, 2016).

2.3.1 Recomendações para o ganho de peso gestacional

O ganho de peso durante a gravidez é considerado um processo natural e necessário, o qual compreende o peso do feto, placenta, líquido amniótico, o ganho de tecido materno, como tecido mamário e uterino, aumento do volume sanguíneo e fluídos extracelulares, bem como

depósitos de gordura como preparo para a amamentação (KOLETZKO et al., 2013; PRATHER; SPITZNAGLE; HUNT, 2012; RILEY, 2011). No entanto, algumas gestantes ganham peso em excesso, o que está associado a inúmeras complicações, tanto para a mãe, quanto para o filho (PRATHER; SPITZNAGLE; HUNT, 2012; RILEY, 2011; SAGEDAL et al., 2013).

O Ministério da Saúde (MS), com base em diretrizes da Organização Mundial de Saúde e do Instituto Americano de Medicina, recomenda diferentes faixas de ganho de peso durante a gravidez para cada situação nutricional: mulheres com baixo peso ou peso adequado devem ganhar mais do que as mulheres com sobrepeso e obesidade (BRASIL, 2013).

A classificação do estado nutricional da gestante é feita com base no IMC pré-gestacional ou do início do pré-natal, ainda no primeiro trimestre, e, durante todo o pré-natal é realizada a avaliação nutricional, a fim de acompanhar o ganho de peso da gestante e examinar se este ganho está adequado. No primeiro trimestre o ganho ponderal é agrupado para todo o período e varia entre 0,5 – 2,0kg, independente do estado nutricional, já nos dois últimos trimestres, as gestantes devem ter ganho de peso distinto, de acordo com sua classificação, e o ganho de peso é estimado por semana, conforme demonstrado no Quadro 1 (BRASIL, 2013).

Quadro 1 - Ganho de peso recomendado na gestação segundo o estado nutricional inicial

Estado nutricional inicial (IMC)	Recomendação de ganho de peso (kg) semanal médio no 2º e 3º trimestres	Recomendação de ganho de peso (kg) total na gestação
Baixo peso (< 18,5kg/m ²)	0,5 (0,44 – 0,58)	12,5 – 18,0
Adequado (18,5 – 24,9kg/m ²)	0,4 (0,35 – 0,50)	11,5 – 16,0
Sobrepeso (25,0 – 29,9kg/m ²)	0,3 (0,23 – 0,33)	7,0 – 11,5
Obesidade (≥ 30kg/m ²)	0,2 (0,17 – 0,27)	5,0 – 9,0

Fonte: (INSTITUTE, 1990; WHO, 1995 apud BRASIL, 2013).

De forma geral, recomenda-se que as gestantes que iniciaram a gravidez com baixo peso ganhem entre 12,5kg e 18kg; as que iniciaram a gravidez com peso normal ganhem entre 11,5kg e 16kg; aquelas com sobrepeso inicial devem ganhar entre 7kg e 11,5kg; e as com obesidade entre 5kg e 9kg, durante todo o período gestacional (BRASIL, 2013).

Considerando que limitar o ganho de peso gestacional para os níveis recomendados é importante para otimizar os resultados de saúde para a mãe e o bebê, os programas de educação

pré-natal devem incluir recomendações e informações sobre o ganho de peso apropriado na gestação. O controle do peso na gravidez pode ser realizado através da promoção de hábitos alimentares saudáveis e atividade física, contudo faz-se necessário identificar intervenções de gestão de peso apropriadas, que sejam eficazes e seguras, atendendo às recomendações específicas de nutrição e exercício no período gestacional (MUKTABHANT et al., 2015; THANGARATINAM et al., 2012a).

2.3.2 Recomendações para a atividade física na gestação

A atividade física, definida como qualquer movimento corporal produzido pela contração dos músculos esqueléticos, tem riscos mínimos na gravidez e oferece benefícios à mãe e ao feto. As mulheres com gravidezes não complicadas devem ser encorajadas a manter uma rotina de exercício, definido como a atividade física que consiste em movimentos corporais planejados, estruturados e repetitivos, embora algumas modificações possam ser necessárias devido às alterações anatômicas e fisiológicas normais e exigências fetais (ACOG, 2015; ACSM, 2014).

Muitas mulheres são menos ativas fisicamente quando estão grávidas, o que pode contribuir para o ganho de peso em excesso e outras ameaças a saúde materno- infantil (RILEY, 2011). O pré-natal é um momento oportuno para os profissionais de saúde incentivarem as mulheres a adotarem um estilo de vida ativo, para beneficiar a sua própria saúde e a do feto em desenvolvimento (JOY; MOTTOLA; CHAMBLISS, 2013).

Nascimento et al. (2014), apontam a deficiência de orientações padronizadas sobre exercício para as gestantes brasileiras, que na maioria das vezes se utilizam de pesquisas com recomendações adotadas em manuais internacionais. Essa realidade pode comprometer a eficácia das ações voltadas à atividade física, por divergirem do contexto socioeconômico e cultural no qual a gestante está inserida. Esses autores destacam, ainda, a necessidade da formulação de diretrizes adaptadas à realidade brasileira, o que facilitaria a disseminação da informação entre os profissionais e gestantes (NASCIMENTO et al., 2014).

Entre as modalidades de exercícios praticados na gestação, os aeróbicos são os mais estudados. A prática regular do exercício aeróbico pela gestante parece melhorar ou manter sua capacidade física e a satisfação com a imagem corporal, o que é um determinante importante

do bem-estar psicológico durante a gravidez (BRASIL, 2013; PRATHER; SPITZNAGLE; HUNT, 2012).

Segundo Riley (2011), a atividade física de baixo impacto, como caminhada e natação, deve ser incentivada durante a gravidez, uma vez que parece haver nenhum efeito negativo da prática sobre a saúde da mãe ou do feto. Além da caminhada e natação, uma variedade de exercícios aeróbicos é considerada benéfica durante a gestação, tais como: andar de bicicleta estacionária, subir escadas, exercícios de água, dança aeróbica, entre outros (ACOG, 2015; PRATHER; SPITZNAGLE; HUNT, 2012).

Exercícios de resistência muscular também podem ser realizados pela gestante, tais como: Yoga, Pilates, musculação com cargas leves, treinamento funcional e treino com circuito, contudo, os autores ressaltam que existem pouquíssimos estudos que avaliem essas práticas, devendo-se levar em conta todos os cuidados recomendados para o período e a prática ser supervisionada por um profissional capacitado (NASCIMENTO et al., 2014). O Colégio Americano de Ginecologistas e Obstetras (ACOG) pondera que posições de yoga que resultam em uma diminuição do retorno venoso e hipotensão, devem ser evitadas, e que a corrida e treinamento de força pode ser seguro para a mulher grávida que participava regularmente dessas atividades antes da gestação (ACOG, 2015).

É importante destacar que o ideal é a combinação de exercícios aeróbicos, de resistência e o alongamento muscular, desse modo, uma ou duas sessões de exercício aeróbico na semana podem ser substituídas pelo treino de resistência muscular em dias alternados. Já o alongamento muscular é parte fundamental do programa de exercício, permitindo melhorar a flexibilidade e o relaxamento muscular, e ajudando na adaptação postural e na prevenção de dores de origem musculoesqueléticas (NASCIMENTO et al., 2014).

As atividades físicas recreativas, em sua grande parte, são seguras durante a gravidez, porém devem ser evitados exercícios de alto impacto e esportes de contato, que coloquem as gestantes em risco de quedas ou trauma abdominal (ACOG, 2015; BRASIL, 2013). O mergulho também deve ser evitado na gravidez porque o feto está em um risco aumentado de apresentar a doença de descompressão durante esta atividade (ACOG, 2015).

De modo geral, o MS recomenda a prática de exercícios moderados por 30 minutos, diariamente (BRASIL, 2013). O ACOG também recomenda, na ausência de quaisquer

complicações médicas ou obstétricas, um programa de exercício de intensidade moderada por pelo menos 20-30 minutos por dia na maioria, se não todos, os dias da semana (ACOG, 2015). Uma maneira simples de monitorar a intensidade do exercício e delimitar uma zona de segurança para a prática, prevenindo-se o esforço físico excessivo, é usando o "teste da conversa": se durante o exercício físico a mulher consegue manter uma conversa, é provável que a intensidade seja moderada (CDC, 2016; DE LUCCA et al., 2012; REED; PIPE, 2014).

Alguns estudos apontam recomendações diferenciadas de acordo com os hábitos pré-gravídicos da mulher. As mulheres grávidas previamente sedentárias podem iniciar um programa de exercícios de intensidade leve a moderada, com uma duração inferior ao recomendado, por três vezes na semana e aumentar gradativamente o tempo/frequência de exercícios até atingir o recomendado de 150 minutos semanais. Já as mulheres ativas podem manter ou adaptar sua rotina de exercícios entre quatro e cinco vezes na semana em sessões de 30 minutos ou mais, todavia, devem ser evitados exercícios por períodos prolongados, por exemplo, além de 60 minutos contínuos (NASCIMENTO et al., 2014; SZYMANSKI; SATIN, 2012).

Visto que a gravidez e o exercício aumentam o gasto calórico, a mulher deve garantir uma nutrição adequada durante a sua prática, sendo recomendada a realização de uma refeição leve entre 30 a 60 minutos antes do exercício (NASCIMENTO et al., 2014). Também é necessário que a mulher mantenha uma ingestão hídrica adequada antes, durante e após a prática de atividades físicas (ACOG, 2015).

Embora os benefícios de exercitar-se durante a gravidez sejam comprovados por diversos estudos, alguns cuidados devem ser tomados para preservar a segurança da mãe e do feto. A gestante deve ser orientada a evitar longos períodos na posição supina e quanto à interrupção da prática de exercício físico na presença de sinais e sintomas de alerta, tais como, sangramento vaginal, dor no abdome ou peito, perda de líquido pela vagina, dor de cabeça, palpitações, tontura, edema, redução dos movimentos fetais, febre, náuseas ou vômitos persistentes, disúria, contrações uterinas frequentes, dispneia, entre outros (ACOG, 2015).

Além disso, algumas situações configuram-se como contraindicações absolutas para a prática de exercício durante a gestação, tais como: doença cardíaca hemodinamicamente significativa; incompetência istmo-cervical; doença pulmonar restritiva; gestação múltipla com risco de trabalho de parto prematuro; sangramento persistente no segundo ou terceiro trimestre;

placenta prévia, após 26 semanas de gestação; trabalho de parto prematuro durante a gravidez atual; ruptura de membranas; pré-eclâmpsia ou hipertensão induzida pela gravidez; e anemia severa (ACOG, 2015).

2.3.3 Recomendações quanto à alimentação saudável na gestação

A gravidez é um evento da vida em que a mulher direciona uma atenção especial para sua alimentação, entretanto, raramente isso implica em uma nutrição adequada. Frequentemente a alimentação da gestante orienta-se pela crença de que é necessário “comer por dois”, levando a mulher a ingerir um excesso de calorias, e pela realização de “desejos”, normalmente relacionados a escolhas alimentares pobres (alimentos altamente energéticos, ricos em gordura e/ou açúcar) (RILEY, 2011).

As necessidades energéticas durante a gestação costumam ser superestimadas, quando na realidade, aumentam levemente durante o curso da gravidez, particularmente no terceiro trimestre. A necessidade de energia durante o último trimestre é apenas cerca de 10% a mais que a anterior à gestação, sendo atendida por porções de alimentos relativamente pequenas, como por exemplo, uma vitamina de banana ou um sanduíche de queijo e presunto (KOLETZKO et al., 2013; RILEY, 2011).

Em contrapartida, as alterações fisiológicas que ocorrem durante a gravidez determinam um aumento muito maior das necessidades nutricionais da grávida, especialmente quanto a vitaminas e minerais. Deste modo, deve ser enfatizado o conceito de “pensar para dois, mas não comer por dois”, levando a mulher a direcionar uma atenção especial à qualidade da dieta durante a gestação, ao invés da quantidade, selecionando, preferencialmente, alimentos com um elevado teor de nutrientes essenciais (COUTINHO et al., 2014; KOLETZKO et al., 2013).

O estado nutricional materno, antes e durante a gravidez, é de fundamental importância para o prognóstico da gestação e exerce um grande impacto sobre o crescimento e desenvolvimento fetal, sendo necessário que a gestante esteja consciente disto e que o profissional de saúde além de incentivá-la a adotar hábitos alimentares saudáveis, forneça orientações sobre em que consiste uma dieta equilibrada (BRASIL, 2013). A fim de subsidiar os profissionais na orientação alimentar da gestante, o Ministério da Saúde (2013), descreve orientações com base em “Dez Passos de uma Alimentação Saudável para Gestantes”, conforme apresentado a seguir:

1. *Fazer pelo menos três refeições (café da manhã, almoço e jantar) e dois lanches saudáveis por dia, evitando ficar mais de três horas sem comer. Entre as refeições, beber água, pelo menos 2 litros (6 a 8 copos) por dia.*

Refeições regulares são desejáveis durante a gravidez e contribuem para o bem-estar da mulher grávida (KOLETZKO et al., 2013). Deve-se orientar a gestante a não “pular” as refeições, evitando que seu estômago fique vazio por muito tempo, o que diminui o risco de sintomas como náuseas, vômitos, fraquezas ou desmaios e contribui para que ela não sinta muita fome e exagere na próxima refeição, ajudando a controlar o peso durante a gravidez e prevenindo mal-estar devido aos excessos, especialmente no último trimestre, quando o útero está maior e comprime o estômago (BRASIL, 2013).

As modificações nos padrões alimentares são recomendadas para controle de outros desconfortos gravídicos, como por exemplo, a pirose. Para prevenir ou reduzir esse sintoma deve-se evitar deitar dentro de três horas após as refeições; ingerir líquidos durante as mesmas; e ingerir alimentos que induzem refluxo, tais como, alimentos gordurosos e picantes, tomate, produtos cítricos, refrigerantes e substâncias como a cafeína (BRASIL, 2013; VAZQUEZ, 2010).

Entre as refeições, o consumo de água deve ser estimulado para otimizar o funcionamento intestinal, hidratar o corpo, prevenir hemorroidas, entre outros efeitos benéficos, em uma quantidade mínima de dois litros por dia (BRASIL, 2013; VAZQUEZ, 2010). Em ambientes quentes ou durante a realização de atividades físicas, pode ser necessária uma maior quantidade de ingestão de líquidos (KOLETZKO et al., 2013). Além disso, o consumo de água não pode ser substituído pela ingestão de bebidas açucaradas (como os refrigerantes e os sucos industrializados) e bebidas com cafeína, que dificultam o aproveitamento de alguns nutrientes e devem ser evitadas durante o período de gestação para favorecer o controle de peso (BRASIL, 2013).

Koletzko et al. (2013), também desencoraja a ingestão de bebidas cafeinadas durante a gravidez, como medida de precaução aos possíveis riscos materno-infantis, entretanto, afirma que a ingestão em quantidade moderada, até três xícaras por dia, é aceitável. Essa quantificação corrobora com as evidências encontradas no estudo de revisão de Higdon e Frei (2006), que sugeriram a limitação do consumo de café pela gestante para três xícaras por dia, não excedendo 300mg/dia de cafeína.

2. *Incluir diariamente nas refeições seis porções do grupo de cereais (arroz, milho, pães e alimentos feitos com farinha de trigo e milho), tubérculos, como as batatas, e raízes como a mandioca. Dar preferência aos alimentos na sua forma mais natural, pois além de serem fontes de carboidratos, são boas fontes de fibras, vitaminas e minerais.*

Os cereais são os alimentos que representam as fontes de energia mais importantes da nossa alimentação e têm um alto teor de vitaminas, minerais e fibras, devendo estar em maior quantidade nas refeições, preferencialmente em sua forma integral (farinha integral, pão integral, aveia e linhaça), pois oferecem maior quantidade de fibras que, junto à ingestão hídrica, auxilia a regularizar o funcionamento intestinal, prevenindo hemorroidas e melhorando a constipação (BRASIL, 2013; KOLETZKO et al., 2013; VAZQUEZ, 2010).

A gestante deve dar preferência a preparações desses grãos, tubérculos e raízes com baixo teor de gorduras, assim como, distribuir as seis porções recomendadas desse grupo de alimentos em todas as refeições e os lanches do dia (BRASIL, 2013; KOLETZKO et al., 2013). Alguns exemplos de porções de alimentos do grupo dos cereais, tubérculos e raízes, estão representados no Quadro 2:

Quadro 2 - Porções diárias do grupo de cereais, tubérculos e raízes

Alimentos	Porção Equivalente
Arroz branco cozido	4 colheres de sopa
Batata cozida	1 unidade e meia
Biscoito tipo “cream cracker”	5 unidades
Bolo de milho	1 fatia
Cereais matinais	1 xícara de chá
Farinha de mandioca	2 colheres de sopa
Inhame cozido/amassado	3 colheres e meia de sopa
Macarrão cozido	3 colheres e meia de sopa
Mandioca/macaxeira/aipim cozido	4 colheres de sopa
Milho verde em espiga	1 espiga grande
Pão de forma tradicional	2 fatias
Pão francês	1 unidade
Purê de batata	3 colheres de sopa

Fonte: (BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição; Universidade de Brasília, 2011 apud BRASIL, 2013).

3. *Consumir diariamente pelo menos três porções de legumes e verduras como parte das refeições e três porções ou mais de frutas nas sobremesas e lanches.*

Frutas, legumes e verduras são recomendadas em todas as refeições e lanches do dia por serem ótimas fontes de vitaminas, minerais e fibras e, no caso das gestantes, essenciais para a formação saudável do feto e a proteção da saúde materna. Esses alimentos devem, preferencialmente, ser consumidos crus, necessitando ser bem lavados e consumidos logo após o preparo (BRASIL, 2013; KOLETZKO et al., 2013).

É importante que a gestante seja orientada e incentivada a montar um prato colorido e variar os tipos de frutas, legumes e verduras consumidos. Hortaliças verde-escuras (por exemplo: couve, brócolis, agrião, taioba, rúcula), repolho, legumes, grãos integrais, tomates e laranjas, são boas fontes de ácido fólico, importante para a prevenção de defeitos do tubo neural. Alguns desses alimentos de origem vegetal, como grãos integrais e legumes de cor escura, também apresentam uma grande quantidade de ferro, no entanto, com uma biodisponibilidade inferior à de carnes e peixes, devendo ser consumidos simultaneamente com alimentos ricos em vitamina C (como frutas cítricas) para melhorar a absorção de ferro (BRASIL, 2013; KOLETZKO et al., 2013). Alguns exemplos de porções para este grupo de alimentos são apresentados nos Quadros 3 e 4:

Quadro 3 - Porções diárias do grupo de verduras e legumes

Alimentos	Porção Equivalente
Abóbora cozida	1 colher e meia de sopa
Alface	15 folhas
Berinjela cozida	2 colheres de sopa
Beterraba crua ralada	2 colheres de sopa
Brócolis cozido	4 colheres e meia de sopa
Cenoura crua (picada)	1 colher de servir
Chuchu cozido	2 colheres e meia de sopa
Espinafre cozido	2 colheres e meia de sopa
Jiló cozido	1 colher e meia de sopa
Pepino picado	4 colheres de sopa
Quiabo picado	2 colheres de sopa
Repolho branco cru (picado)	6 colheres de sopa
Rúcula	15 folhas
Tomate comum	4 fatias

Fonte: (BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição; Universidade de Brasília, 2011 apud BRASIL, 2013).

Quadro 4 - Porções diárias do grupo de frutas

Alimentos	Porção Equivalente
Abacaxi	1 fatia
Ameixa preta seca	3 unidades
Banana prata	1 unidade
Caqui	1 unidade
Goiaba	Meia unidade
Laranja-pêra	1 unidade
Maçã	1 unidade
Mamão-papaia	Meia unidade
Melancia	2 fatias
Salada de frutas (banana, maçã, laranja, mamão)	Meia xícara de chá
Suco de laranja (puro)	Meio copo de requeijão

Fonte: (BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição; Universidade de Brasília, 2011 apud BRASIL, 2013).

Os sucos também são uma excelente fonte de nutrientes, especialmente quando preparados na hora, com a fruta natural. No caso da polpa congelada há perda de alguns nutrientes, contudo ainda é uma opção melhor do que os sucos industrializados, em pó ou em caixinha, ricos em açúcar (BRASIL, 2013).

4. *Comer feijão com arroz todos os dias ou, pelo menos, cinco vezes por semana. Esse prato brasileiro é uma combinação completa de proteínas e é excelente para a saúde.*

É interessante que o profissional de saúde incentive a gestante a variar os tipos de feijão e as formas de preparo, e que evite o uso de embutidos, carnes gordas e salgadas, pois elevam a quantidade de gorduras e sal na alimentação. Quanto à recomendação para a ingestão desses alimentos, deve-se consumir duas porções de arroz cozido para uma porção de feijão ou outro alimento do grupo das leguminosas, como a soja, o grão-de-bico e a lentilha, apresentados a seguir no Quadro 5:

Quadro 5 - Porção diária do grupo de feijões

Alimentos	Porção Equivalente
Feijão cozido (50% de caldo)	1 concha
Lentilha cozida	2 colheres de sopa
Soja cozida	1 colher de servir

Fonte: (BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição; Universidade de Brasília, 2011 apud BRASIL, 2013).

5. *Consumir diariamente três porções de leite e derivados e uma porção de carnes, aves, peixes ou ovos. É necessário retirar a gordura aparente das carnes e a pele das aves antes da preparação, tornando esses alimentos mais saudáveis.*

Leite e produtos lácteos de baixo teor de gordura são componentes importantes de uma dieta bem equilibrada. Representam as principais fontes de cálcio na alimentação e fornecem, ainda, proteínas, iodo e outros nutrientes. As carnes, aves, peixes e ovos também fazem parte de uma alimentação nutritiva e são ricos em proteínas de boa qualidade. Além disso, as carnes devem ser incluídas na dieta de mulheres grávidas por fornecem ferro biodisponível (BRASIL, 2013; KOLETZKO et al., 2013). As porções para estes dois grupos de alimentos são apresentadas nos Quadros 6 e 7:

Quadro 6 - Porções diárias do grupo de leites, queijos e iogurtes

Alimentos	Porção Equivalente
Iogurte desnatado de frutas	1 pote
Iogurte integral natural	1 copo de requeijão
Leite tipo C	1 copo de requeijão
Queijo tipo minas frescal	1 fatia grande
Queijo tipo mussarela	3 fatias

Fonte: (BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição; Universidade de Brasília, 2011 apud BRASIL, 2013).

Quadro 7 - Porção diária de carnes, peixes e ovos

Alimentos	Porção Equivalente
Bife grelhado	1 unidade
Carne assada	1 fatia pequena
Filé de frango grelhado	1 unidade
Omelete simples	1 unidade
Peixe espada cozido	1 porção

Fonte: (BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição; Universidade de Brasília, 2011 apud BRASIL, 2013).

As mulheres grávidas não devem comer alimentos crus, de origem animal, isso inclui carne crua ou malpassada, salsichas cruas, salame cru, presunto cru, peixes crus, marisco cru, leite não pasteurizado, ovos crus, assim como os alimentos feitos de produtos que não estejam bem cozidos (BRASIL, 2013; KOLETZKO et al., 2013).

Leites e seus derivados devem ser consumidos preferencialmente nas formas integrais, e o profissional de saúde deve orientar a gestante a evitar acrescentar café ou achocolatado ao leite, pois reduzem o aproveitamento do cálcio (BRASIL, 2013). A mulher também deve ser incentivada a consumir mais peixes e frangos e optar por carnes com baixo teor de gordura (BRASIL, 2013; KOLETZKO et al., 2013).

6. *Diminuir o consumo de gorduras. Consumir, no máximo, uma porção diária de óleos vegetais, azeite, manteiga ou margarina. Atentar-se aos rótulos dos alimentos e preferir aqueles livres de gorduras trans.*

O consumo excessivo de alimentos fontes de gorduras está associado ao surgimento de obesidade, pressão alta e outras doenças do coração, além disso, a redução desses tipos de alimentos contribuem para reduzir o desconforto das náuseas e dos vômitos (BRASIL, 2013).

O azeite de oliva, em quantidade moderada, deve ser escolhido para temperar saladas, porém deve-se evitar usá-lo para cozinhar pois, quando aquecido sua qualidade nutricional é perdida. Para cozinhar, devem ser usados preferencialmente óleos vegetais (de soja, canola, girassol, milho ou algodão) devido à sua elevada quantidade de ácidos graxos poliinsaturados monoinsaturados e essenciais, além disso, no lugar das frituras, deve-se preferir preparações assadas, cozidas, ensopadas e grelhadas (BRASIL, 2013; KOLETZKO et al., 2013).

Além de limitar o consumo de óleos vegetais, azeite, manteiga ou margarina, para uma porção diária, alimentos gordurosos, como carnes com gordura visível, embutidos (salsicha, linguiça, salame, presunto, mortadela), queijos amarelos, salgadinhos, chocolates e sorvetes, devem ser consumidos, no máximo, uma vez por semana (BRASIL, 2013). No Quadro 8 estão exemplificadas as porções de óleos e gorduras:

Quadro 8 - Porção diária de óleos e gorduras

Alimentos	Porção Equivalente
Óleo vegetal	1 colher de sopa
Azeite de oliva	1 colher de sopa
Manteiga	Meia colher de sopa
Margarina vegetal	Meia colher de sopa

Fonte: (BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição; Universidade de Brasília, 2011 apud BRASIL, 2013).

7. *Evitar refrigerantes e sucos industrializados, biscoitos recheados e outras guloseimas no dia a dia.*

O consumo frequente e em grande quantidade de alimentos doces aumenta o risco de complicações na gestação, como excesso de peso, obesidade, diabetes gestacional e pressão alta. O profissional de saúde deve incentivar a mulher a consumir frutas como sobremesa, que são opções de alimentos mais saudáveis, ricos em vitaminas e minerais, além disso, a gestante também deve ser motivada a valorizar o sabor natural dos alimentos e das bebidas, evitando ou reduzindo o açúcar adicionado a eles (BRASIL, 2013). Caso deseje ingerir açúcares e doces, deve limitar o consumo para no máximo uma porção por dia, exemplificada no Quadro 9:

Quadro 9 - Porção diária de açúcares e doces

Alimentos	Porção Equivalente
Açúcar cristal	1 colher de sopa
Geleia de frutas	1 colher de sopa

Fonte: (BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição; Universidade de Brasília, 2011 apud BRASIL, 2013).

Para Procter e Campbell (2014), uma redução do consumo de fontes de açúcares adicionados reduz o teor calórico da dieta sem comprometer a adequação de nutrientes. Refrigerantes e sucos industrializados também devem ser evitados, especialmente na gravidez, porque contêm corantes artificiais, aromatizantes e açúcar (BRASIL, 2013).

De modo geral, o consumo de doces, refrigerantes e lanches, como por exemplo salgados, pipocas e amendoins, eleva o risco de complicações na gestação, visto que constitui um forte preditor do elevado ganho de peso gestacional (RENAULT et al., 2015). Diversos estudos sugerem que promover a melhoria da qualidade de carboidratos na dieta materna impacta positivamente a saúde materno-infantil, prevenindo o excessivo ganho de peso gestacional, a macrosomia fetal e a adiposidade infantil (DONNELLY et al., 2015; WALSH et al., 2010).

Deve-se, portanto, orientar a gestante a alterar as fontes de carboidratos em sua dieta, substituindo alimentos que induzem uma resposta de glicose alta, como lanches, sobremesas, refrigerantes, e grãos processados como farinha e pão, por alimentos de baixo índice glicêmico, tais como pães integrais, cereais, nozes e laticínios (WALSH et al., 2010).

8. *Diminuir a quantidade de sal na comida e retirar o saleiro da mesa. Evitar consumir alimentos industrializados com muito sal (sódio) como hambúrguer, charque, salsicha, linguiça, presunto, salgadinhos, conservas de vegetais, sopas prontas, molhos e temperos prontos.*

As síndromes hipertensivas constituem a primeira causa de morte materna no Brasil e, entre outras causas, podem ser associadas à um consumo excessivo de sódio, presente no sal de cozinha e em alimentos industrializados, que também aumenta o risco de doenças cardíacas e renais e agrava o edema comum na gravidez (BRASIL, 2013).

É importante que a gestante reduza a quantidade de sal para, no máximo, uma colher de chá rasa (5g) por dia, distribuída em todas as refeições. Para isso, o profissional de saúde deve incentivar a utilização de temperos naturais, como cheiro verde, alho, cebola, ervas frescas ou secas e suco de frutas, como limão, para temperar e valorizar o sabor natural dos alimentos e, também a leitura dos rótulos de produtos industrializados a fim de identificar aqueles com menor quantidade de sódio (BRASIL, 2013).

Deve-se, ainda, aconselhar a utilização de sal iodado, para favorecer os níveis adequados de iodo, um importante mineral para o corpo humano, necessário para o crescimento e desenvolvimento cerebral, e cuja deficiência no período gestacional está associada a uma série de riscos, como aborto, baixo peso da criança ao nascer, retardamento mental e físico ou risco de apresentar dificuldades de aprendizado (BRASIL, 2013; KOLETZKO et al., 2013; PROCTER; CAMPBELL, 2014).

9. *Para evitar a anemia, consumir diariamente alimentos fontes de ferro como: carnes, vísceras, feijão, lentilha, grão-de-bico, soja, folhas verde-escuras, grãos integrais, castanhas e outros. Consumir junto desses alimentos aqueles que são fontes de vitamina C como: acerola, laranja, caju, limão e outros. Procurar a orientação de um profissional de saúde para complementar a sua ingestão de ferro.*

Tendo em vista que as necessidades de ferro aumentam durante a gravidez, as mulheres devem garantir uma ingestão adequada de alimentos com ferro bem-absorvível nesse período. Como exposto anteriormente, o ferro nos alimentos de origem animal, por exemplo carnes em geral e vísceras (fígado, coração, moela), é absorvido de forma melhor pelo organismo do que o ferro dos alimentos vegetais, tais como feijão, lentilha, grão-de-bico, soja,

folhas verde-escuras, grãos integrais, entre outros. Para aproveitar melhor o ferro dos alimentos de origem vegetal, a gestante deve consumir simultaneamente um suco de fruta natural ou a própria fruta que seja fonte de vitamina C, como acerola, laranja, caju, limão, entre outras (BRASIL, 2013; KOLETZKO et al., 2013).

Para ajudar na prevenção e no controle da anemia ferropriva, as farinhas de trigo e milho comercializadas no Brasil são enriquecidas com ferro e ácido fólico, além disso, mesmo na ausência de anemia, o MS recomenda a suplementação preventiva a partir da 20ª semana gestacional (BRASIL, 2013).

10. Manter o ganho de peso gestacional dentro de limites saudáveis. Praticar, seguindo orientação de um profissional de saúde, alguma atividade física, além de evitar as bebidas alcoólicas e o fumo.

Como discutido anteriormente, o excesso de peso materno e ganho de peso gestacional constituem fatores de risco para diversos agravos à saúde da mulher e criança, podendo ser controlados por hábitos alimentares saudáveis e prática de exercício físico.

Contudo, cabe ressaltar a diferença entre uma alimentação sensata e “fazer dieta”, que tipicamente envolve restrição energética e exclusão de grupos alimentares. As dietas restritivas não devem ser realizadas durante a gestação, pois podem acarretar prejuízos à saúde do feto (RILEY, 2011).

A gestante também deve evitar tabagismo e o consumo de álcool, pois são hábitos prejudiciais para a sua saúde e o crescimento do feto e que aumentam o risco de nascimento prematuro (BRASIL, 2013). Além de não fumar, as mulheres grávidas também devem evitar exposição ao fumo passivo, ou seja, permanecer em ambientes onde outras pessoas fumam ou fumaram anteriormente (KOLETZKO et al., 2013).

Os profissionais de saúde envolvidos no pré-natal devem abordar explicitamente as mulheres grávidas e seus parceiros sobre o consumo de tabaco, aconselhá-los que a gravidez é uma boa oportunidade para parar de fumar e motivá-los a abandonar esse hábito (KOLETZKO et al., 2013).

2.4 Consulta de Enfermagem no pré-natal

O pré-natal possui como principal objetivo acompanhar o desenvolvimento de uma gestação, protegendo a saúde materna e favorecendo o nascimento de uma criança saudável. Para tal, a atenção à saúde da mulher-gestante deve dar-se de forma integral, abordando aspectos psicossocioculturais e incluindo ações educativas e de promoção da saúde (BRASIL, 2013).

Segundo o Ministério da Saúde (2013), e conforme garantido pela Lei do Exercício Profissional da Enfermagem – Nº. 7498, regulamentada pelo Decreto nº. 94.406/87, o pré-natal de uma gestante de risco habitual pode ser acompanhado integralmente pela enfermeira na rede básica de saúde (BRASIL, 1986; 1987). O Ministério da Saúde destaca, ainda, que o acompanhamento periódico de rotina por médicos obstetras durante o pré-natal não traz melhoria aos desfechos perinatais ao ser comparado com o encaminhamento das gestantes por enfermeiras em casos de complicações durante o acompanhamento (BRASIL, 2013).

Dentro desse cenário, torna-se significativo destacar o papel da enfermeira para o fortalecimento da assistência pré-natal, visto que são as principais profissionais que desenvolvem atividades educativas, tendo uma posição importante no desenvolvimento de comportamentos saudáveis em mulheres gestantes (GOKYILDIZ et al., 2014; MAEDA et al., 2014; NAZIK et al., 2015).

2.4.1 Sistematização da Assistência de Enfermagem

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é um método que organiza o trabalho profissional, tornando possível a operacionalização do Processo de Enfermagem (PE), instrumento metodológico que orienta o cuidado e registro das ações de enfermagem através de cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes, descritas pelo Conselho Federal de Enfermagem (2009):

I – Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem) – processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença.

II – Diagnóstico de Enfermagem – processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão

sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; e que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados.

III – Planejamento de Enfermagem – determinação dos resultados que se espera alcançar; e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem.

IV – Implementação – realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem.

V – Avaliação de Enfermagem – processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem.

O PE deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem e deve contar com um aporte teórico que oriente a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem, o planejamento das ações ou intervenções de enfermagem e a avaliação dos resultados de enfermagem alcançados (COFEN, 2009).

Quando o PE é realizado em instituições prestadoras de serviços ambulatoriais de saúde, domicílios, escolas, associações comunitárias, entre outros, corresponde ao usualmente denominado nesses ambientes como Consulta de Enfermagem, sendo, uma atividade exercida privativamente pelo profissional enfermeiro (BRASIL, 1986; COFEN, 2009).

A documentação do PE contribui para o aumento da visibilidade e para o reconhecimento da profissão, e tem se favorecido do uso de sistemas de classificação, que propiciam uma melhor comunicação e, conseqüentemente, a qualificação do cuidado de enfermagem (COFEN, 2009).

Os sistemas de classificação de enfermagem, através da utilização das taxonomias de enfermagem, ganham espaço com vistas a uniformizar uma linguagem que classifique a avaliação diagnóstica, as intervenções e os resultados esperados mediante o cuidado de

enfermagem (MÜLLER-STAUB et al., 2008). Atualmente, dispõe-se de alguns sistemas de classificação, dentre eles, a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.

2.4.1.1 Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), um produto do Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN), é um sistema de linguagem unificada de enfermagem para a documentação das ações de cuidado, o que facilita o desenvolvimento e o mapeamento cruzado entre os termos locais e terminologias existentes (ICN, 2017a).

A CIPE® é um recurso rico e abrangente, que fornece um dicionário de termos e relações expressivas e se destina a ser utilizado para enfermeiros descreverem e relatarem sua prática de forma sistemática. A universalização da linguagem de enfermagem evidencia os elementos de sua prática: os fenômenos identificados (diagnósticos de enfermagem), as condutas realizadas (intervenções de enfermagem) e o efeito esperado (resultados de enfermagem) (ICN, 2017a).

Tratando-se de uma terminologia formal e padronizada, a CIPE® contribui significativamente para a obtenção de dados confiáveis e válidos sobre a prestação de cuidados de enfermagem, influenciando a tomada de decisões, educação e políticas. Além disso, os resultados dos cuidados prestados podem ser avaliados relativamente aos diagnósticos e intervenções de Enfermagem, de modo que a prática do enfermeiro possa ser avaliada e comparada com dados de enfermagem em todo o mundo (ICN, 2017b).

Atualmente, a CIPE® se estrutura a partir de um modelo de sete eixos, definidos como: 1) Foco – área de atenção relevante para a Enfermagem; 2) juízo – opinião clínica ou determinação relacionada ao foco da prática de enfermagem; 3) recursos – forma ou método de concretizar uma intervenção; 4) ação – processo intencional aplicado a, ou desempenhado por um cliente; 5) tempo – o ponto, período, momento, intervalo ou duração de uma ocorrência; 6) localização – orientação anatômica ou espacial de um diagnóstico ou intervenção; e 7) cliente – sujeito a quem o diagnóstico se refere e que é o beneficiário de uma intervenção de enfermagem (GARCIA, 2016).

A seguir, na figura 03, está representado o modelo de sete eixos da CIPE®:

Figura 03 – Modelo de sete eixos da CIPE® versão 2015.



Fonte: Garcia, 2016.

Um diagnóstico de Enfermagem, de acordo com a CIPE®, é um rótulo atribuído por um enfermeiro que toma uma decisão acerca do indivíduo após a avaliação, e os resultados de Enfermagem pela CIPE® são o resultado presumido das intervenções de Enfermagem medidas ao longo do tempo (ICN 2001). Assim, na utilização do Modelo de 7 Eixos da CIPE® para criar enunciados de diagnósticos de enfermagem e resultados de enfermagem, são recomendadas as seguintes diretrizes: 1) Deve incluir um termo do Eixo do Foco; 2) Deve incluir um termo do Eixo do Juízo; e 3) Pode incluir termos adicionais, conforme o necessário, dos eixos do Foco, Juízo ou de outros eixos (GARCIA, 2016).

Uma intervenção de Enfermagem, por sua vez, é uma ação realizada em resposta a um diagnóstico de Enfermagem, de modo a originar um resultado de Enfermagem. Na utilização do Modelo de Sete Eixos da CIPE® para criar enunciados de intervenções de enfermagem são recomendadas as seguintes diretrizes: 1) Deve incluir um termo do Eixo da Ação; 2) Deve incluir pelo menos um termo Alvo, que pode ser um termo de qualquer eixo, exceto do Eixo do Juízo; e 3) Pode incluir termos adicionais, conforme necessário, do eixo da Ação ou de qualquer outro eixo (GARCIA, 2016).

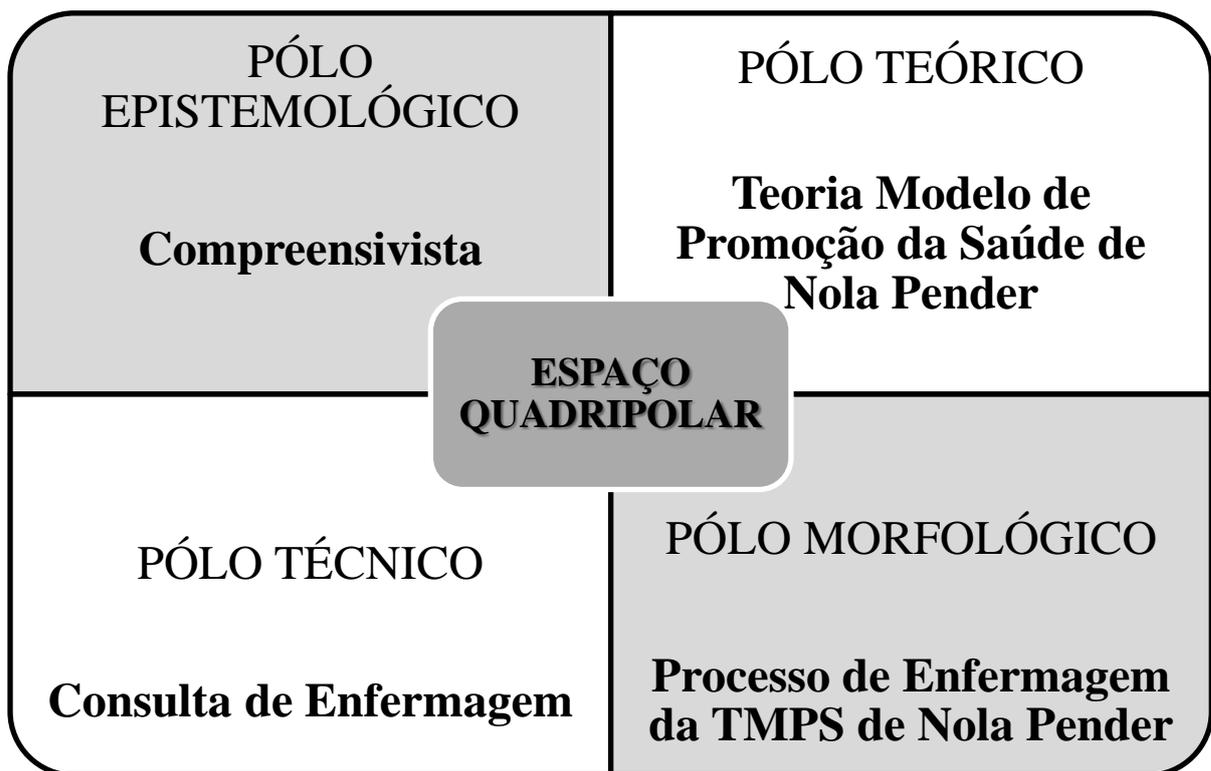
3 METODOLOGIA

Nesta seção é apresentado o delineamento metodológico da pesquisa segundo o espaço quadripolar e os aspectos éticos.

3.1 Espaço metodológico quadripolar

O espaço metodológico quadripolar, composto pelos pólos epistemológico, teórico, morfológico e técnico, proporciona melhor visualização da coerência metodológica do estudo, garantindo rigor e cientificidade à pesquisa (DE BRUYNE; HERMAN; SCHOUTEETE, 1991). O delineamento do espaço quadripolar adotado neste estudo está representado na Figura 04:

Figura 04 – Representação do Espaço Metodológico Quadripolar da Dissertação: Aplicação da Teoria Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender no pré-natal.



Fonte: Adaptado de De Bruyne; Herman; Schouteete, 1991.

O polo epistemológico representa a visão de mundo que norteia a pesquisa, atravessando todo o processo; o polo teórico atenta para a elaboração de hipóteses e a construção de conceitos; o morfológico, enuncia as regras de estruturação; e o técnico revela o controle da

coleta e análise das informações, transformando-as em dados pertinentes à problemática pesquisada (DE BRUYNE; HERMAN; SCHOUTEETE, 1991).

3.1.1 Pólo epistemológico

A visão de mundo adotada nesta pesquisa é a compreensivista, pois esta privilegia a compreensão da realidade humana vivida socialmente. Em oposição ao Positivismo, a Sociologia Compreensivista propõe a subjetividade como o fundamento do sentido da vida social e defende-a como constitutiva do social e inerente à construção da objetividade nas ciências sociais (MINAYO, 2010).

Trata-se de um estudo qualitativo com abordagem descritiva. A pesquisa qualitativa contempla uma análise mais profunda das relações, dos processos e dos fenômenos, visto que trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes, que não pode ser reduzido à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2010). Este tipo de pesquisa é voltado para a óptica dos sujeitos estudados e tem o ambiente natural como sua fonte direta de dados, com isso, responde a questões muito particulares, direcionando uma atenção a aspectos que não podem ser quantificados (MINAYO, 2010, 2013).

De acordo com Gil (2010), a pesquisa descritiva observa, registra, analisa, e ordena os fatos, sem manipulá-los. Tem como objetivo fundamental a descrição das características de determinada população ou fenômeno, procurando descobrir a frequência com que um fato ocorre, sua natureza, características, causas e relações com outros fenômenos.

3.1.2 Pólo teórico

Este estudo apresenta como referencial teórico a Teoria Modelo de Promoção da Saúde, desenvolvida por Nola J. Pender, enfermeira e professora emérita da Escola de Enfermagem da Universidade de Michigan - Estados Unidos. Este modelo teórico foi publicado pela primeira vez em 1982, no texto do *Health Promotion in Nursing Practice*, e com base em investigações posteriores, foi revisto, encontrando-se atualmente em sua sétima edição, publicada no ano de 2014 (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2014).

Para a construção deste modelo, Nola Pender utilizou como alicerce a perspectiva da enfermagem holística, a psicologia social e a teoria de aprendizagem. A Teoria da Aprendizagem Social, desenvolvida por Albert Bandura, elucida a importância do processo

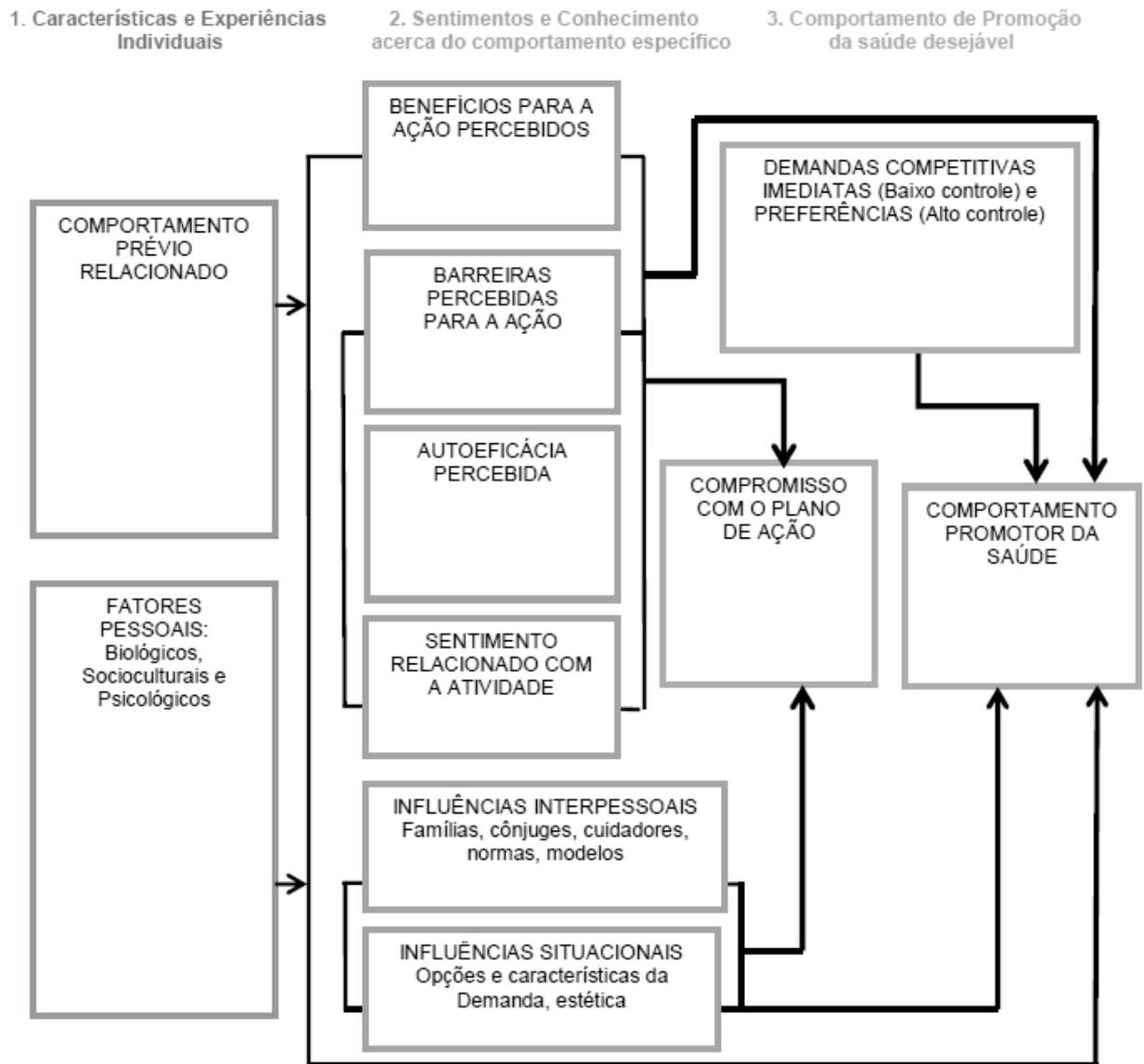
cognitivo na mudança comportamental e conduta dos indivíduos. Além disso, o Modelo de Valorização da Motivação Humana, descrito por Feather, que defende que o comportamento é racional, também serviu de base para o desenvolvimento do modelo (TOMEY; ALLIGOOD, 2004). Nesse contexto, a TMPS de Nola Pender surge como uma proposta de articulação entre teorias comportamentais às teorias de enfermagem, visando compreender as relações entre a adoção de comportamentos e hábitos de vida saudáveis a partir do contexto biopsicossocial.

A teoria de Nola Pender possui uma abordagem voltada à promoção da saúde, que enfatiza o papel central do indivíduo na gestão dos seus comportamentos. Nesta perspectiva, a promoção da saúde é entendida como um comportamento motivado pelo desejo de aumentar o bem-estar e valorizar o potencial para o estado de ótima saúde e, o papel da enfermagem emerge como sendo capaz de auxiliar o indivíduo a cuidar-se, estimulando a adoção de estilos de vida saudáveis (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2014).

Este modelo teórico é aplicável a vários contextos e populações, sendo, portanto, uma ferramenta a ser considerada no desenvolvimento de intervenções voltadas para a promoção da saúde individual e/ou coletiva durante a prática do cuidado de enfermagem (TOMEY; ALLIGOOD, 2004). Além disso, conta com uma estrutura simples, que inter-relaciona os principais conceitos da teoria, permitindo o planejamento, intervenção e avaliação das ações de promoção da saúde (VICTOR; LOPES; XIMENES, 2005).

Os conceitos da TMPS de Nola Pender agrupam-se formando três componentes principais: “Características e Experiências Individuais”, “Sentimentos e Conhecimento acerca do Comportamento Específico” e “Comportamento de Promoção da Saúde Desejável”, conforme ilustrado no Diagrama do modelo (Figura 05):

Figura 05 – Diagrama da Teoria Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender.



Fonte: Pender; Murdaugh; Parsons, 2014 (Traduzido pelo autor).

- Características e Experiências individuais
- *Comportamento prévio relacionado*: frequência do comportamento anterior. Produz efeitos diretos e indiretos sobre as condutas de saúde.
- *Fatores pessoais*: são preditores de um dado comportamento e podem ser moldados pela natureza do comportamento-alvo a ser considerado. Classificam-se como biológicos (idade, sexo, índice de massa corpórea, capacidade aeróbica, força, entre outros); psicológicos

(autoestima, automotivação, estado de saúde percebido, entre outros) e socioculturais (etnia, escolaridade, nível socioeconômico, entre outros).

- Sentimentos e Conhecimento acerca do Comportamento

- *Benefícios para ação percebidos*: são representações mentais das consequências positivas que decorrerão do comportamento de saúde. Tem efeito de motivação para a ação.

- *Barreiras percebidas para ação*: são percepções negativas, acerca de dificuldades, reais ou imaginadas, para a adoção de um comportamento. São vistas como custos pessoais e dificultam o compromisso com a ação.

- *Auto eficácia percebida*: julgamento da capacidade pessoal para organizar e executar um comportamento promotor de saúde. Influencia as barreiras percebidas para a ação, de modo que uma maior autoeficácia percebida resulta em percepções reduzidas acerca das barreiras ao desempenho comportamental.

- *Sentimento em relação ao comportamento*: sentimentos subjetivos, positivos ou negativos, que ocorrem antes, durante ou depois ao comportamento.

- *Influências interpessoais*: conhecimentos relativos aos comportamentos e crenças de outras pessoas, incluindo normas e apoio social. As fontes primárias de influências interpessoais são as famílias, os cônjuges e os profissionais de saúde.

- *Influências situacionais*: são consideradas como as percepções de compatibilidade do contexto de vida ou do meio ambiente com o exercício ou comportamento específico de saúde, podendo ser compreendidas a partir da percepção de que o ambiente é um facilitador ou dificultador para determinados comportamentos.

- Comportamento de Promoção da Saúde Desejável

- *Compromisso com o Plano de Ação*: a intenção e planejamento de estratégias que possibilitam o indivíduo a executar e manter o comportamento de promoção da saúde.

- *Demandas Competitivas Imediatas e Preferências*: as demandas competitivas são comportamentos alternativos sobre os quais os indivíduos têm um controle reduzido, tais como o trabalho ou as responsabilidades de cuidar da família. As preferências são comportamentos

alternativos que competem com o comportamento desejado, contudo sobre os quais o indivíduo detém alto controle, tais como a escolha de um sorvete ou de uma maçã para o lanche.

- *Comportamento de Promoção da Saúde*: fim de uma ação, orientado no sentido da obtenção de resultados de saúde positivos, tais como o bem-estar e realização pessoal (VICTOR; LOPES; XIMENES, 2005; PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2014).

Analisando o diagrama da TMPS de Nola Pender, que estabelece as relações entre as variáveis que compõem o referencial teórico, não são identificados os conceitos ambiente, saúde, enfermagem e pessoa, de maneira explícita. Esses conceitos, que compõem o Metaparadigma de Enfermagem, ficam subentendidos na descrição do modelo e são resgatados de forma subjetiva:

- “Pessoa” é um organismo biopsicossocial que interage com o ambiente, havendo transformação mútua. Possui um conjunto de características e experiências específicas que vão condicionar e afetar seus comportamentos de saúde.
- “Ambiente” - é o contexto cultural e psicológico no qual a vida se desenvolve. Pode ser manipulado pelo indivíduo para criar um contexto positivo e facilitador de adoção de comportamentos de saúde.
- “Saúde” - é o resultado desejado do comportamento de promoção para a saúde, que depende de fatores intrínsecos à pessoa e ao ambiente. Consiste em um alto nível de bem-estar e pode ser modificada por meio de ações de enfermagem.
- “Enfermagem” – assume um compromisso com o indivíduo, corresponsabilizando-o pelo seu processo saúde-doença. Procura criar condições favoráveis para a pessoa atingir um elevado nível de bem-estar e saúde, controlando os determinantes dos comportamentos de saúde (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2014).

A aplicação do modelo teórico de Pender respeita os seguintes pressupostos, expressos por Pender, Murdaugh e Parsons (2014) na sexta edição do seu livro *Health Promotion in Nursing Practice*:

- O comportamento anterior e as características pessoais influenciam as crenças, os sentimentos e adoção dos comportamentos de promoção da saúde;
- As pessoas adotam comportamentos saudáveis quando percebem os benefícios dos mesmos para a sua vida;

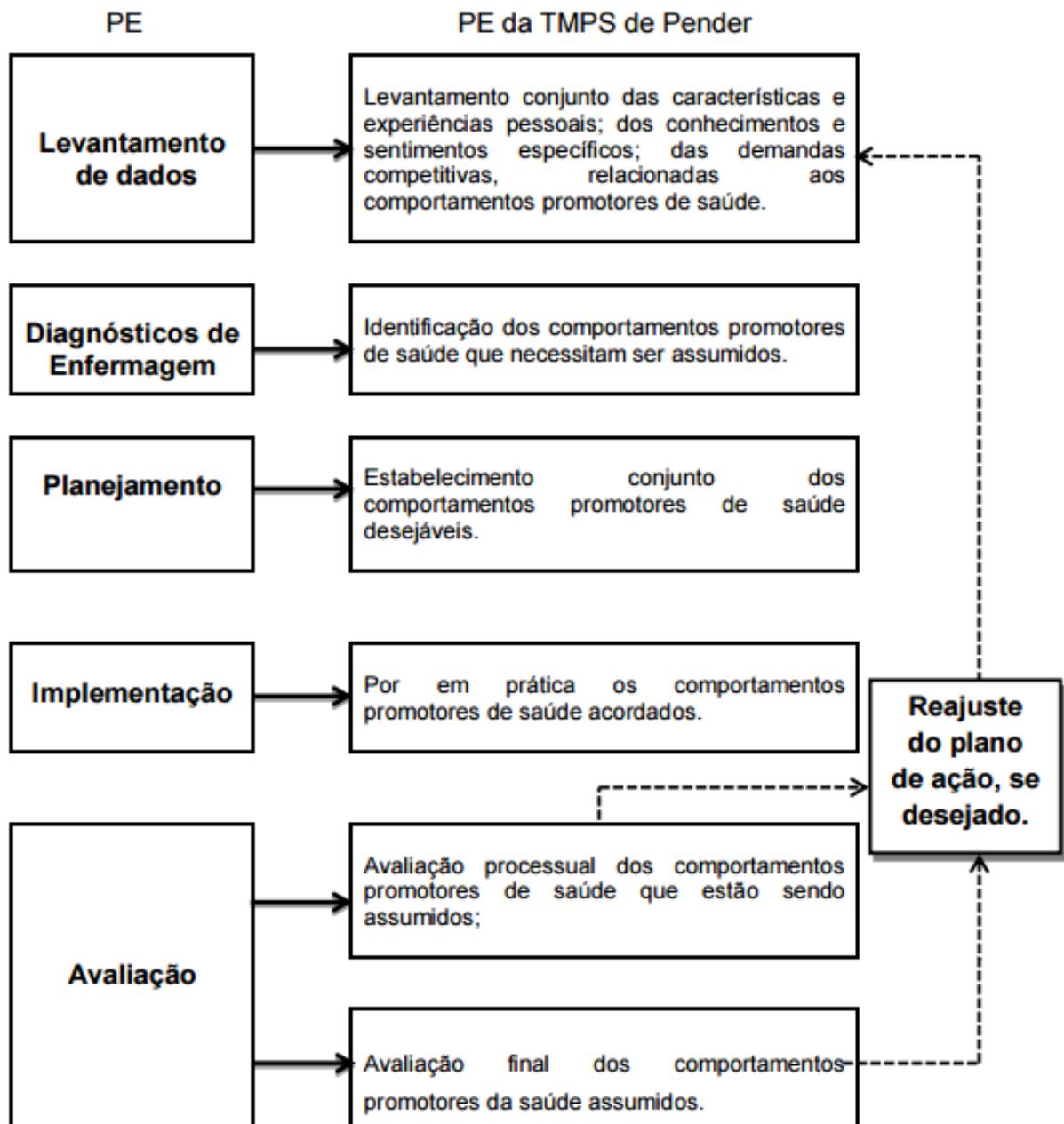
- As barreiras percebidas podem dificultar o compromisso com o plano de ação e a mudança de comportamentos;
- A autoeficácia para executar um dado comportamento aumenta a probabilidade do compromisso com o plano de ação e com a execução dos comportamentos saudáveis;
- Uma maior autoeficácia percebida resulta em menos barreiras percebidas para um comportamento de saúde específico;
- Sentimentos positivos acerca de determinada conduta aumenta a autoeficácia percebida;
- Quando emoções positivas estão associadas a um comportamento, probabilidades de compromisso com a ação aumentam;
- As pessoas estão mais propensas a comprometerem-se com e a adotarem comportamentos saudáveis quando indivíduos importantes para elas modelam esse comportamento, oferecendo ajuda e auxílio;
- Os familiares, cônjuges e profissionais de saúde são importantes fontes de influência interpessoal que podem aumentar ou diminuir o compromisso com e a adoção de determinado comportamento;
- As influências situacionais podem aumentar ou diminuir o compromisso ou a participação em comportamentos de promoção da saúde;
- Quanto maior o compromisso com um plano de ação, maior a probabilidade de manutenção de comportamentos saudáveis a longo prazo;
- É menos provável que o compromisso com um plano de ação resulte em comportamentos saudáveis quando surgem demandas competitivas que requerem atenção imediata, sobre as quais o indivíduo tem baixo controle.
- É menos provável que o compromisso com um plano de ação resulte em comportamentos saudáveis quando outras ações são mais atraentes e, deste modo, preferidas em detrimento do comportamento desejado.
- As pessoas são capazes de modificar conhecimentos, sentimentos e relações interpessoais para criar estímulos para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde.

As proposições teóricas derivadas da TMPS de Nola Pender fornecem uma base para o trabalho de investigação do enfermeiro sobre comportamentos de saúde, tornando aparente o que é possível fazer na promoção da saúde dos indivíduos (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2014).

3.1.3 Pólo morfológico

Como forma de sistematizar e operacionalizar os conceitos inerentes ao modelo teórico adotado, compreendeu-se como pólo morfológico deste estudo o Processo de Enfermagem apresentado por Oliveira e Trezza (2015), na Figura 06:

Figura 06 - Relação das fases do processo de enfermagem com o processo de enfermagem implícito na TMPS de Nola Pender.



Fonte: Oliveira; Trezza, 2015.

O Processo de Enfermagem foi aplicado com mulheres gestantes atendidas nas unidades da Estratégia Saúde da Família do município de Satuba, localizado na região metropolitana de Maceió-AL. Satuba possui uma área territorial de 35.974 km², uma população estimada em 13.824 habitantes e densidade demográfica de 342,57 hab/km² (IBGE, 2016).

A ESF no município conta com quatro unidades de saúde na zona urbana e duas na zona rural, correspondendo a uma cobertura de 100% da população, no entanto, uma das unidades da zona rural foi excluída da pesquisa por estar atuando na configuração de livre demanda durante o período de coleta de dados, pois se encontrava em processo de mapeamento da área de atuação da equipe após modificações referentes à área territorial do município.

Participaram do estudo 16 mulheres com diagnóstico de gravidez confirmado, cadastradas no pré-natal de risco habitual nos meses de abril a junho de 2016, tendo sido excluídas da pesquisa aquelas que: possuíam idade inferior a dezoito anos; realizaram mudança de município durante o período de coleta de dados; vivenciaram um aborto; foram referenciadas ao pré-natal de alto risco; ou ainda, que não realizaram o mínimo preconizado de seis consultas pré-natais ao término da gestação.

3.1.4 Pólo técnico

A aplicação do PE da TMPS de Nola Pender se deu por ocasião das consultas de enfermagem pré-natais, que foram agendadas conforme o calendário preconizado pelo MS, sendo mensais até a 28ª semana gestacional, quinzenais entre a 28ª e 36ª semana e semanais da 36ª semana até o parto (BRASIL, 2013).

Para o levantamento de informações realizou-se, durante as consultas de enfermagem, entrevistas semiestruturadas que seguiram roteiros elaborados com base no modelo teórico de Pender (Apêndice A) e formulários de primeira consulta e de consultas subsequentes de pré-natal (Apêndice B). Utilizou-se o gravador de voz como instrumento de apreensão das informações, o que possibilitou a transcrição na íntegra e a melhor análise das mesmas.

Segundo Triviños (1987), a entrevista semiestruturada tem como característica a formulação de questionamentos básicos, que são apoiados em teorias e hipóteses que se relacionam ao tema investigado. O foco principal é colocado pelo investigador-entrevistador, e os questionamentos dão frutos a novas hipóteses surgidas a partir das respostas dos informantes.

Para a identificação e aproximação das gestantes que participaram do estudo, a pesquisadora dirigiu-se à Secretaria Municipal de Saúde do município de Satuba, onde apresentou o projeto de pesquisa ao secretário e solicitou a autorização para seu desenvolvimento. Em seguida, visitou as seis unidades da ESF do município, onde conversou com as enfermeiras, explicando do que se tratava a pesquisa, quais eram os critérios de inclusão e exclusão das participantes, e solicitou a colaboração dessas profissionais para identificá-las. A pesquisadora comprometeu-se a assumir integralmente o pré-natal daquelas mulheres que atendessem aos critérios de inclusão no estudo e que aceitassem participar do mesmo. A partir de então, combinou um dia da semana em que estaria em cada unidade para atender as gestantes que fossem apontadas pelas enfermeiras.

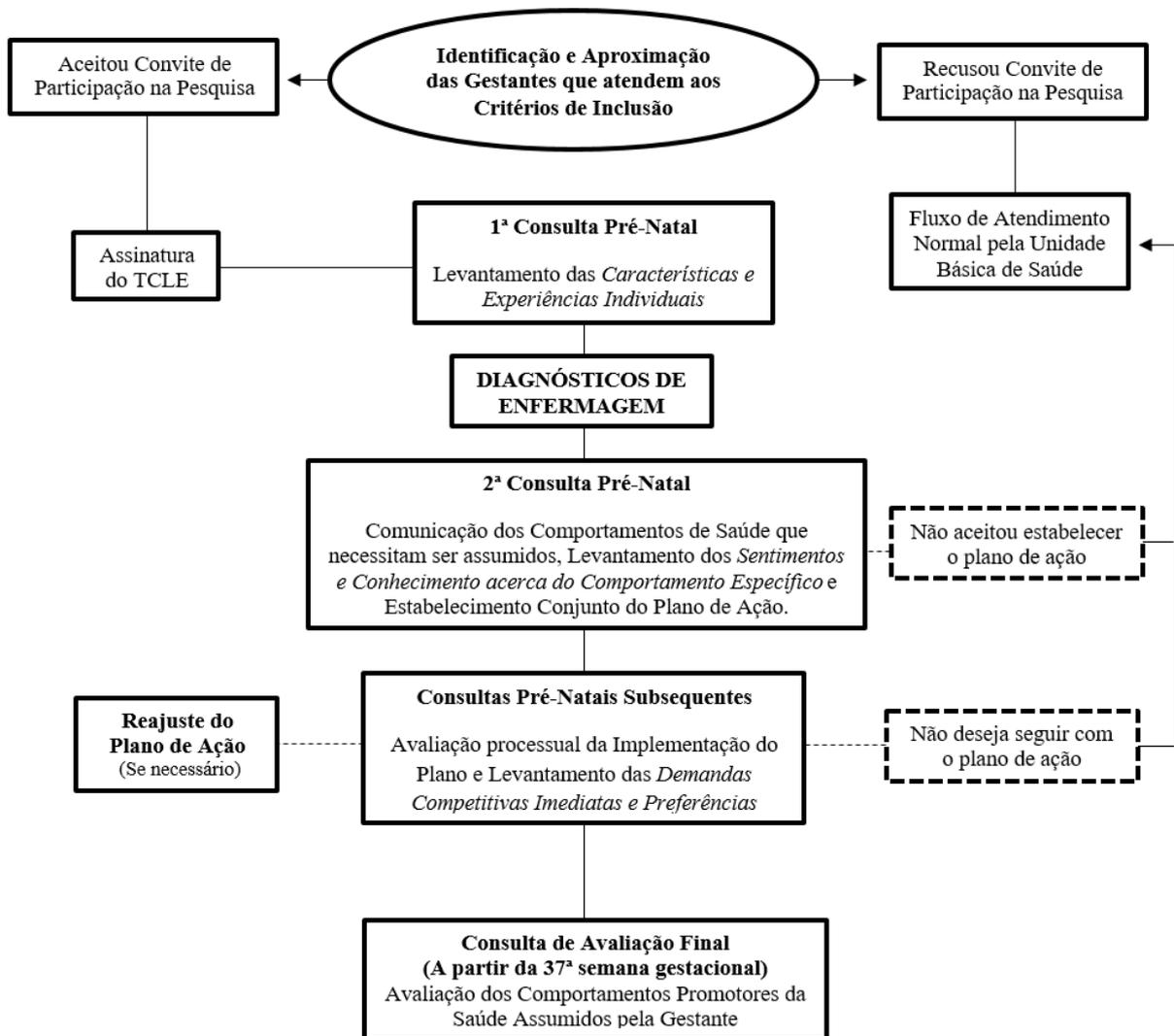
Inicialmente foram identificadas 27 gestantes, porém o número final de participantes foi 16, visto que uma gestante não aceitou participar do estudo e outra retirou seu consentimento inicial, alegando que o tempo prolongado das consultas foi o principal obstáculo à sua participação ou permanência no estudo.

Outras nove mulheres-gestantes foram excluídas da pesquisa, devido às seguintes circunstâncias: 01 gestante sofreu aborto; 02 gestantes foram encaminhadas ao pré-natal de alto risco; 04 gestantes realizaram mudança do município de residência e de atendimento pré-natal; e 02 gestantes não obtiveram o número mínimo de seis consultas pré-natais, devido à ocorrência de parto prematuro e início tardio do pré-natal.

O levantamento de informações iniciou em maio de 2016, após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa, e prolongou-se até, no mínimo, a 37^a semana gestacional de cada mulher, sendo finalizada em dezembro de 2016, período em que as últimas gestantes participantes completaram trinta e sete semanas.

Para orientar a produção de informações neste estudo, foi construído um fluxograma em conformidade com o processo de enfermagem da TMPS de Nola Pender e com a proposta do MS, que estabelece o mínimo de seis consultas pré-natais, conforme apresentado na Figura 07:

Figura 07 – Fluxograma de aplicação da Teoria Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender no pré-natal.



Fonte: elaborado pela autora.

Na primeira consulta pré-natal a pesquisadora iniciou o levantamento de dados a partir das características e experiências individuais (primeiro componente da TMPS de Nola Pender), sendo investigados os comportamentos prévios e os fatores pessoais da mulher-gestante. Após a análise das características levantadas, identificou os comportamentos promotores de saúde que necessitavam ser assumidos por cada mulher, ou seja, iniciou a identificação dos diagnósticos de enfermagem com base na CIPE®.

Na segunda consulta, a pesquisadora comunicou à gestante os comportamentos promotores de saúde que necessitaria assumir na sua condição, bem como a fundamentação para recomendá-los. Em seguida, deu continuidade ao levantamento de dados, investigando os

sentimentos e conhecimentos da gestante acerca da adoção desses comportamentos, tais como os benefícios e barreiras por ela percebidas para determinada ação, a autoeficácia percebida, o sentimento relacionado com o comportamento apontado, e as influências interpessoais e situacionais (segundo componente da TMPS de Nola Pender).

Ainda nessa segunda consulta, explicou à gestante uma forma de planejamento na qual poderia colocar em prática as recomendações e convidou a mulher, que concordou com a experiência, a estabelecer conjuntamente um plano de ação com os comportamentos promotores de saúde que se propôs a assumir. Este momento se constituiu como a fase de planejamento do PE, e início da aplicação do terceiro componente da TMPS de Nola Pender.

Durante as consultas subsequentes do pré-natal foram realizadas avaliações processuais da implementação dos comportamentos acordados, sendo levantados dados referentes às demandas competitivas imediatas e preferências, quando pertinente, que em algumas situações implicaram no reajuste do plano. A avaliação final dos comportamentos promotores de saúde que foram assumidos pela gestante foi realizada a partir da 37^a semana de gestação.

3.2 Aspectos éticos

As mulheres-gestantes foram convidadas a participar da pesquisa de forma voluntária e gratuita após ser realizada a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A) individualmente, buscando-se anular quaisquer dúvidas no entendimento das informações, além disso, durante todo o período do estudo as participantes receberam toda e qualquer informação solicitada. Não houve obrigatoriedade da participação das mulheres na pesquisa e aquelas que por qualquer motivo desejaram não mais participar, foram imediatamente retiradas do estudo sem ônus.

Procurou-se respeitar a privacidade e comodidade das gestantes, realizando-se as entrevistas no cenário e horário previstos. Não houve necessidade de ressarcimento, pois os dados foram coletados nos dias em que as gestantes estariam nas unidades de saúde da família para a realização das consultas de pré-natal, logo, não houve custos por parte das mesmas ao participarem da pesquisa.

Os benefícios obtidos pela mulher com a participação neste estudo relacionaram-se à adoção de comportamentos promotores da saúde, que otimizaram a qualidade de vida e

diminuíram os fatores de risco presentes em seu estilo de vida, contribuindo para uma gestação saudável. Além disso, essa proposta de aplicabilidade da TMPS de Nola Pender poderia apontar um novo modelo de assistência à mulher na gestação, voltado para a promoção da saúde e qualidade de vida da mesma.

A pesquisadora se propôs a não infligir danos ou males intencionalmente, no entanto, existiu o risco da mulher sentir-se desconfortável e constrangida devido ao levantamento de seus comportamentos prévios. A gestante poderia sentir-se, ainda, ansiosa ou estressada frente às modificações de seu estilo de vida habitual ou vir a sentir-se triste ou frustrada por não ter conseguido cumprir os objetivos pactuados e adotar comportamentos promotores da saúde.

Houve, por parte da pesquisadora, o compromisso em minimizar os riscos existentes por meio do respeito aos limites, preferências, demandas e barreiras apresentadas por cada gestante, e ainda, favorecendo a compreensão prévia acerca dos objetivos e instrumentos a serem utilizados no estudo. Nos casos em que a participante demonstrou desconforto ou cansaço ela foi ouvida, seus sentimentos acolhidos e a entrevista interrompida, sendo retomada somente a critério da entrevistada. É importante esclarecer, ainda, que o plano de ação foi compactualizado com a gestante e que esta pôde se recusar a responder a qualquer pergunta da entrevista, nos casos em que julgou necessário.

As entrevistas foram gravadas, utilizando-se aparelho gravador de áudio, e posteriormente transcritas na íntegra e analisadas. As transcrições ocorreram de forma fiel à narrativa e a identidade das gestantes foi preservada através da substituição do nome da mulher por um código relacionado à ordem de realização das entrevistas.

Após a defesa deste estudo os registros de áudio serão apagados, as transcrições arquivadas nas dependências da Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas, na sala 205 do grupo de pesquisa PROCUIDADO, e os resultados da pesquisa divulgados em eventos científicos da área de saúde, bem como em publicações idôneas.

O projeto dessa dissertação foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas, através da Plataforma Brasil, sob o CAAE 54919316.0.0000.5013 (Anexo B), e respeitou os princípios éticos propostos na Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido garantido às participantes o cumprimento dos preceitos da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça.

4 RESULTADOS

Neste capítulo são apresentados os resultados obtidos com a aplicação da Teoria Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender na atenção pré-natal, usando como ferramenta o Processo de Enfermagem.

4.1 Características e experiências individuais

Na primeira consulta pré-natal a pesquisadora realizou o levantamento das características e experiências individuais (primeiro componente da TMPS de Nola Pender), identificando os fatores pessoais e os comportamentos prévios de cada gestante.

4.1.1 Fatores Pessoais

Tomando como princípio que a atenção pré-natal deve considerar a individualidade e singularidade de cada mulher, torna-se imprescindível, para melhor entendimento do contexto em que se deu o cuidado de enfermagem, iniciar a apresentação dos resultados desta dissertação com uma breve apresentação das mulheres-gestantes participantes. Como forma de preservar a identidade de cada mulher, foi estabelecido um código representado pela letra P, que faz alusão à palavra “participante”, seguida pelo número da ordem de realização da entrevista inicial.

A gestante P1 tratou-se de uma mulher de 20 anos que estava cursando o primeiro ano do ensino médio no momento da primeira consulta, contudo interrompeu os estudos logo após descobrir a gravidez e estava desempregada. Essa era a sua primeira gestação e encontrava-se com um companheiro estável. Relatou que não havia planejado engravidar e que isso aconteceu porque parou o uso do método contraceptivo oral para “fazer uma pausa”. Apesar do não planejamento, encontrava-se feliz e aceitando o bebê que estava por vir.

A segunda mulher, P2, também possuía 20 anos de idade e não havia planejado a gestação. Relatou fazer uso de preservativo masculino e que acreditava ter engravidado por não estar tomando medicação. Era casada e seu marido encontrava-se em situação de prisão por múltiplos assassinatos, que, segundo a mesma, deram-se em razão de vingança pela morte do pai. Ela fazia visita conjugal a cada quinze dias, situação a qual culminou nesta gestação. Relatou ter sofrido dois abortos anteriores após “raiva”, o último há menos de 01 ano desta gestação. Havia terminado o ensino médio e trabalhava como manicure autônoma.

A gestante P3 tratou-se de uma gestante com 32 anos, casada, com ensino médio completo e que trabalhava como frentista. Possui um filho de 8 anos de idade e havia sofrido um aborto há cerca de dois anos. Esta, tratava-se de uma gestação planejada e, segundo relato, havia feito tratamento de fertilidade.

A quarta entrevistada, P4, possuía 21 anos e encontrava-se em um relacionamento estável. Possui uma filha de 2 anos e 10 meses de idade e não havia planejado a gestação atual, relatando não saber o porquê de ter engravidado, já que fazia uso de método contraceptivo injetável. Possuía apenas ensino fundamental completo e encontrava-se desempregada no momento.

A quinta gestante participante deste estudo, P5, encontrava-se em uma relação estável, mas não havia planejado engravidar, atribuindo o fato à interrupção do uso do método contraceptivo injetável. Tinha apenas 18 anos, não possuía emprego e havia interrompido os estudos no 6º ano do ensino fundamental.

A gestante P6 possuía 26 anos de idade, ensino médio completo e encontrava-se desempregada. Relatou possuir um relacionamento estável e ter planejado a gravidez junto a seu companheiro.

A sétima mulher, P7, tratou-se de uma gestante de 27 anos, casada, que havia concluído o ensino médio e realizado um curso técnico, trabalhando atualmente como técnica de enfermagem. Encontrava-se em sua segunda gestação, tendo sofrido aborto espontâneo há cinco anos, e tendo planejado engravidar.

A oitava participante, P8, possuía 19 anos e estava concluindo o terceiro ano do ensino médio. Era casada e estava desejando engravidar, sendo esta, sua segunda gestação. O término da primeira gravidez havia ocorrido há cerca de quatro meses, quando a mesma se encontrava com 32 semanas e 4 dias de gestação e ocorreu óbito fetal em decorrência de pré-eclâmpsia, segundo informações da gestante. Em consequência, encontrava-se feliz, porém apreensiva com a atual gestação.

A gestante P9 possuía apenas 18 anos e havia estudado até o 6º ano do ensino fundamental. Relatou ter planejado engravidar por conta de seu parceiro, contudo não era seu desejo, tendo, após a confirmação da gestação, “tomado comprimido para abortamento e cominho”, segundo relato da mesma. Havia terminado o relacionamento recentemente, logo

após descobrir a gravidez, pois seu antigo parceiro apresentava comportamento agressivo, possessivo e envolvimento com drogas.

A décima entrevistada, P10, tinha 35 anos, era casada, e havia concluído o ensino superior em ciências sociais, atuando como professora na rede pública. Esta era sua terceira gestação, tendo um filho de 12 anos de idade e sofrido um aborto espontâneo há 02 anos. Apesar de ter relatado que não havia planejado a gravidez, informou que não estava usando método contraceptivo porque estava pensando nesta possibilidade.

A gestante P11 também possuía 35 anos, era casada e havia concluído o curso superior de tecnologia em gestão de recursos humanos, trabalhando atualmente como assistente administrativa. Havia planejado engravidar e tratava-se de sua segunda gestação, possuindo um filho com 12 anos. Além disso, esta gestante se encontrava com o diagnóstico nutricional de sobrepeso.

A décima segunda mulher, P12, com 23 anos de idade, havia estudado até o sétimo ano do ensino fundamental e não possuía emprego. Encontrava-se em um relacionamento no momento da consulta, contudo apresentava dúvida quanto à paternidade, pois havia rompido o relacionamento por um curto período e se envolvido com outra pessoa. Relata que não havia planejado engravidar e acha que isso aconteceu por ter interrompido o uso de método contraceptivo injetável. Esta era sua segunda gestação e possuía um filho de 06 anos de idade.

A décima terceira gestante, P13, possuía 31 anos de idade, era casada, havia concluído o ensino médio e estava desempregada. Tinha dois filhos, um menino e uma menina com 13 e 10 anos, respectivamente, e não havia planejado esta terceira gestação, não sabendo o porquê engravidou, já que fazia uso de contraceptivo oral regularmente. Ao longo da consulta, foi relatada uma infecção do trato urinário e uso de antibiótico coincidente com o período de fecundação. Iniciou o pré-natal com 26 semanas gestacionais, pois, apesar da desconfiança, recusava-se a acreditar que estava grávida novamente, e o fato de encontrar-se na faixa de classificação nutricional de obesidade, contribuiu para camuflar o crescimento uterino. Demonstrava insatisfação, tristeza e preocupação com a gravidez.

A gestante P14 possuía 22 anos de idade, um relacionamento estável e também se encontrava na situação de uma gravidez não planejada. Em seu relato, afirmou que isso ocorreu por falta de prevenção, pois tinha interrompido o uso do contraceptivo oral pelo mesmo estar causando perda de peso. Havia concluído o ensino médio e encontrava-se desempregada.

A décima quinta entrevistada, P15, encontrava-se com 21 anos de idade, em um relacionamento estável e estava em sua primeira gestação, cuja havia sido planejada. Concluiu o ensino fundamental e não possuía emprego.

A última participante da pesquisa, P16, tratou-se de uma gestante com 21 anos de idade, que possuía ensino médio completo e trabalhava como atendente. Relatou o planejamento de engravidar há um ano, contudo, não estava esperando por isso, pois, na ocasião, o médico informou que ela precisaria de tratamento devido à desequilíbrio das taxas hormonais. Foi a única gestante que se encontrava com diagnóstico nutricional de baixo peso.

É possível destacar a predominância de mulheres na faixa etária de 20-25 anos de idade; com peso adequado; que possuíam ensino médio completo; que estavam desempregadas, que possuíam uma união estável, que se encontravam em uma gestação subsequente e não planejada. Tais características sociodemográficas e clínicas possuem um grande potencial para influenciar a adoção de comportamentos promotores de saúde pela gestante e estão representadas no Quadro 10:

Quadro 10 – Fatores sociodemográficos e clínicos das gestantes participantes da pesquisa.

Gestante	ESF	Idade	Escolaridade	Ocupação	Estado Civil	Gravidez Planejada	Paridade	IMC*/ Diagnóstico Nutricional
P1	A	20	MÉDIO INCOMPLETO	DESEMPREGADA	ESTÁVEL	NÃO	G1P0A0	20,2 kg/m ² ADEQUADO
P2	A	20	MÉDIO COMPLETO	MANICURE	CASADA	NÃO	G3P0A2	19,6 kg/m ² ADEQUADO
P3	A	32	MÉDIO COMPLETO	FRENTISTA	CASADA	SIM	G3P1A1	20,8 kg/m ² ADEQUADO
P4	A	21	FUNDAMENTAL COMPLETO	DESEMPREGADA	ESTÁVEL	NÃO	G2P1A0	20,6 kg/m ² ADEQUADO
P5	C	18	FUNDAMENTAL INCOMPLETO	DESEMPREGADA	ESTÁVEL	NÃO	G1P0A0	21,6 kg/m ² ADEQUADO
P6	D	26	MÉDIO COMPLETO	DESEMPREGADA	ESTÁVEL	SIM	G1P0A0	20,0 kg/m ² ADEQUADO
P7	C	27	TÉCNICO	TÉC. DE ENFERMAGEM	CASADA	SIM	G2P0A1	22,1 kg/m ² ADEQUADO
P8	D	19	MÉDIO INCOMPLETO	ESTUDANTE	CASADA	SIM	G2P1A0	19,8 kg/m ² ADEQUADO
P9	E	18	FUNDAMENTAL INCOMPLETO	DESEMPREGADA	SOLTEIRA	SIM	G1P0A0	21,6 kg/m ² ADEQUADO
P10	E	35	SUPERIOR COMPLETO	PROFESSORA	CASADA	NÃO	G3P1A1	21,4 kg/m ² ADEQUADO
P11	E	35	SUPERIOR COMPLETO	ASSISTENTE ADMINISTRATIVA	CASADA	SIM	G2P1A0	26,7 kg/m ² SOBREPESO
P12	D	23	FUNDAMENTAL INCOMPLETO	DESEMPREGADA	ESTÁVEL	NÃO	G2P1A0	21,4 kg/m ² ADEQUADO
P13	E	31	MÉDIO COMPLETO	DESEMPREGADA	CASADA	NÃO	G3P2A0	31,9 kg/m ² OBESIDADE
P14	B	22	MÉDIO COMPLETO	DESEMPREGADA	ESTÁVEL	NÃO	G1P0A0	20,7 kg/m ² ADEQUADO
P15	B	21	FUNDAMENTAL COMPLETO	DESEMPREGADA	ESTÁVEL	SIM	G1P0A0	31,2 kg/m ² OBESIDADE
P16	D	21	MÉDIO COMPLETO	ATENDENTE	ESTÁVEL	NÃO	G1P0A0	17,6 kg/m ² BAIXO PESO

Fonte: elaborado pela autora.

*Utilizou-se para o cálculo de IMC o peso pré-gestacional auto referido.

4.1.2 Comportamento prévio relacionado

Os comportamentos anteriores foram investigados através de uma anamnese detalhada (Apêndice A) acerca do estilo de vida da gestante, a partir da qual foi possível identificar a predominância de fatores de risco nos comportamentos relacionados aos padrões alimentares e nutricionais, à prática de atividade física e ao tabagismo, aos quais foi dado ênfase no âmbito dessa dissertação.

4.1.2.1 Padrões alimentares e nutricionais

As informações referentes aos hábitos alimentares e nutricionais foram obtidas através do recordatório alimentar de 24 horas, que se trata de uma retrospectiva padrão, utilizada como método de avaliação da dieta em diversos estudos (POSTON et al., 2013; WATTAR et al., 2016). Desse modo, as gestantes foram solicitadas a registrar em detalhes, tanto quanto possível, todos os alimentos e bebidas consumidos ao longo do dia anterior à consulta, e posteriormente, questionadas se o relato condiz com sua rotina diária.

De acordo com o relato de cada gestante, foi possível identificar o número de refeições realizadas diariamente, o número de copos de água bebidos e foi realizada uma estimativa acerca do número de porções consumidas diariamente em cada grupo alimentar, segundo os parâmetros apresentados pelo MS (vide seção 2.3.3, pág 30-39).

No que se refere ao número de refeições diárias, predominaram as gestantes que se alimentavam com frequência inferior à preconização de no mínimo cinco vezes ao dia, ou seja, três refeições e dois lanches e, com isso, o intervalo entre as refeições era maior que três horas, como observado nas seguintes falas:

Eu comi papa, depois eu comi galinha assada, só galinha, aí quando foi meio-dia eu comi pastel com água, e quando foi a noite eu não comi, fui dormir sem comer nada (...) sempre fui assim. (P9)

(...) depois de quando eu descobri que tava grávida, aí parece que bateu o fastio, eu como quando a barria mexe sabe, digo: eita, ela ta com fome (...) (P13)

Além do número reduzido de refeições diárias, foi possível destacar como fator de risco a baixa qualidade dos alimentos ingeridos nessas refeições. As mulheres que possuíam o hábito de realizar um lanche entre as refeições, geralmente relatavam a escolha

de alimentos pobres em nutrientes nesse momento, em outros casos, essa escolha dava-se durante as refeições principais, como visto nos relatos a seguir:

De manhã (no café da manhã) comi miojo, sou viciada em miojo (...) (P2)

(...) depois (do café da manhã) fui pra besteira (risos), comi biscoito (...) de tarde é besteira de novo (risos), biscoito, danone, é assim, aí mandei minha sobrinha comprar pirulito (risos), que eu tava com vontade de chupar pirulito. (P3)

Eu tou comendo muito doce, muito brigadeiro, muito mousse (risos) tou comendo quase todo dia. Depois que eu como eu arrocho a comer besteira (risos) não tem como, depois que eu como eu vou pra besteira, já tá me dando água na boca. (P4)

Eu gosto de comer biscoito, pastel, gosto muito de comer churro, mais esses negócio assim. Batatinha também, biscoito treloso de chocolate... eu como mais besteira e também eu gosto muito de usar na comida ketchup. (P9)

No que se refere à ingestão hídrica, a partir dos autorelatos, a quantidade de água ingerida por dia pelas gestantes foi considerada inadequada, visto que predominaram as mulheres que recordaram um consumo de apenas dois a quatro copos de água nas últimas 24 horas, conforme observado nas seguintes falas:

É difícil eu tomar água, minha mãe fica reclamando direto, fica mandando eu tomar água de instante em instante (...) eu não vou mentir, acho que foi umas três vezes, só. (P2)

Tomei uma garrafa de água mineral e pra tomar meu remédio, só. (P9)

Eu na verdade eu tomo pouca água, não é só agora não (..) eu acho que umas 4 viu, uns 4 copozinhos só, ainda mais nesse frio, não tomo muita água. (P11)

Bebi, acho que eu bebi só dois copos ontem de água (...) eu bebo muita água, é porque quando é tempo de inverno sou de beber pouca água. (P12)

Entre as gestantes que relataram ingerir diariamente uma grande quantidade de água, a maioria não soube especificar o número de copos tomados no dia anterior, não sendo possível identificar se a ingestão hídrica atendia à recomendação:

Eu tomo bastante água, porque de instante em instante eu tou com sede (...) eu só não tomo mais pela manhã, pela manhã só tomo dois copos de água, agora pela tarde, assim, tomo uns cinco, seis, a noite tomo uns três também. (P1)

Eu tomo água direto, eu fico até, de instante em instante eu tomo água (...) acho que eu tomo uns 20 litros de água por dia, é muita água que eu tomo. (P3)

Eu tomo bastante água (...) eu não sei (número de copos), é de instante em instante. (P8)

Ah, isso aí, água, não tem problema não, que água eu tomo de instante em instante, muita água. Eu tou sempre com uma garrafa de água, não trouxe agora, mas já tou com sede. (P15)

Em alguns relatos, foi possível relacionar a frequência alimentar, qualidade nutricional e ingestão hídrica inadequadas à ocorrência de modificações e desconfortos gravídicos, tais como: náuseas, vômito, pirose e aumento da frequência urinária, conforme expressam as seguintes falas:

(...) foi quando eu comecei a sentir a azia, aí ficou aquela queimação, então eu ia tomar café, acabei não tomando (...) (P7)

Tomei, um suco de “kisuki”, porque a água, eu tou tendo problema com a água (enjôo), tomando pouquinho, de vez em quando. (P10)

Logo no começo da minha gestação eu não tava comendo comida, que tudo que eu comia colocava pra fora, aí eu comia besteira, de instante em instante era pipoca, escondido, em todo canto tinha papel da pipoca. (P15)

(...) depois do almoço eu vim comer só em casa (à noite), que eu tava muito enjoada. (P16)

Geralmente eu sempre tomo mais, porque onde eu trabalho é muito quente, aí eu tomo muita água. Só que eu evito tomar tanta água, porque me dá muita vontade de ir no banheiro (...) (P16)

Em contrapartida, a gravidez também pôde ser associada a uma modificação positiva dos hábitos nutricionais. O fato de estar gestante levou algumas mulheres a preocuparem-se mais com a qualidade dos alimentos ingeridos, evitando escolhas alimentares que consideravam não serem apropriadas ao desenvolvimento gestacional saudável, como demonstrado nas falas a seguir:

Antigamente eu comia mais, muita besteira de recheado e miojo (...), mas não tou comendo não agora, eu só comi uma vez mesmo depois que descobri que estava grávida, só foi uma vez, já por conta do sódio né, que tem muito. E assim, eu gosto muito de coxinha, de torta, assim, de bolo, essas coisas, chocolate, mas também eu tenho evitado comer doce (...) (P7)

Ultimamente, depois que eu descobri que estava grávida, eu cortei muita coisa (...) antes eu só comia com refrigerante, antes eu só comia besteira, só comia doce, mal almoçava, mal jantava. (P16)

Referente à estimativa de porções consumidas diariamente pelas gestantes em cada grupo alimentar, realizada a partir do recordatório de 24 horas, foi possível verificar que

no grupo de cereais, tubérculos e raízes e no grupo de carnes peixes e ovos, predominou uma ingestão superior à recomendação de seis porções e uma porção por dia, respectivamente, contudo, no primeiro grupo, cinco mulheres consumiram um número de porções inferior à preconizada.

No grupo de leites queijos e iogurtes, apenas seis gestantes relataram um consumo entre uma a duas porções diárias, valor inferior às três porções que são recomendadas. Já a orientação para a ingestão diária de uma porção de feijão foi predominantemente seguida, visto que apenas cinco mulheres não relataram o consumo deste no dia anterior.

A recomendação de que porções de frutas, legumes e verduras integrem todas as refeições diárias não foi atendida por nenhuma gestante. Apesar de quinze mulheres terem relatado a ingestão de frutas nas 24 horas recordadas, o consumo foi, em sua maioria, restrito a uma ou duas porções. Foi possível identificar, ainda, uma grande deficiência no consumo de legumes e verduras, tendo este, sido referido por apenas duas gestantes.

O consumo de óleos e gorduras foi prevalentemente restrito a uma porção diária, conforme recomendado, sendo excedido a duas porções por apenas duas gestantes. Apenas uma gestante excedeu o consumo de açúcares e doces, uma vez que as demais gestantes que mencionaram alimentos deste grupo restringiram-os a uma porção diária.

Houve como limitação no levantamento das porções diárias, a não mensuração da quantidade de sódio, açúcares, óleos e gorduras utilizados no preparo dos alimentos, uma vez que esta estimativa é extremamente difícil e pouco precisa. Contudo, cabe ressaltar que as gestantes não deixaram de receber orientações quanto a estes. No grupo de açúcares e doces foram contabilizados alimentos como sobremesa e refrigerante e no de óleos e gorduras, considerou-se o uso de manteiga e frituras.

As informações obtidas através das recordações de 24 horas são apresentadas no Quadro 11:

Quadro 11 – Comportamento prévio relacionado aos padrões alimentares e nutricionais.

	Refeições Diárias	Copos de Água	Porções de Cereais, Tubérculos e Raízes	Porções de Verduras e Legumes	Porções de Frutas	Porções de Feijões	Porções de Leites, Queijos e Iogurtes	Porções de Carnes, Peixes e Ovos	Porções de óleos e gorduras	Porções de Açúcares e Doces
P1	07	09	10	-	01	01	02	02	-	-
P2	04	03	07	-	02	-	-	02	01	01
P3	05	Muita*	07	-	01	01	02	03	-	03
P4	04	04	06	-	01	01	02	02	-	-
P5	06	Pouca*	04	-	03	01	01	02	01	01
P6	03	02	06	-	-	01	-	02	-	-
P7	05	07	05	-	04	-	-	01	02	-
P8	04	Muita*	05	-	06	01	-	02	01	-
P9	03	03	02	-	01	-	-	01	01	-
P10	05	Pouca*	08	-	01	-	-	03	-	-
P11	05	04	06	-	03	-	02	01	-	01
P12	05	02	07	-	02	01	-	03	02	01
P13	04	Pouca*	10	01	02	01	-	02	01	01
P14	04	06	06	-	02	01	-	02	-	-
P15	03	Muita*	08	-	01	01	-	03	01	-
P16	03	04	05	02	01	01	02	03	01	-

Fonte: elaborado pela autora.

*não soube mensurar

4.1.2.2 Comportamento de atividade física

A análise das informações levantadas neste estudo demonstrou que as mulheres grávidas apresentavam predominantemente comportamento sedentário, contudo, conforme é possível observar no Quadro 12, entre as treze gestantes que relataram sedentarismo atual, oito referiram prática anterior de atividade física.

Quadro 12 – Comportamento prévio relacionado à prática de atividade física.

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16
Atividade Física	PA	SD	PA	SD	AT	PA	SD	PA	AT	SD	PA	SD	PA	AT	PA	PA

Legenda: AT: Ativo Fisicamente/ SD: Sedentário/ PA: Prática Anterior ao Sedentarismo Atual

Fonte: elaborado pela autora

Foi possível identificar no relato de algumas mulheres, que essa mudança no padrão de comportamento fisicamente ativo para o sedentarismo ocorreu após a gestação, devido ao surgimento de desconfortos gravídicos e, supostamente, pela relação estabelecida culturalmente entre gestação e inatividade física.

Eu tava fazendo, só que tava me dando umas tontura, aí eu descobri que era isso, aí eu parei a academia (...) o que eu gostava mais eu não posso fazer, que é jogar bola. Futsal, handebol, eu gostava. (P1)

Eu fazia academia, mas parei (...) faz tempo, porque foi antes do aborto né, que eu parei porque eu engravidei, foi em 2013. (P3)

Geralmente é assim, depois que eu engravidei é assim (não realiza atividade física) (...) eu dançava, aí começava a andar com as meninas, depois não andei mais, parei. (P6)

Fazia aeróbica, fazia esteira, parei agora, porque eu descobri que tava grávida. Parece que tudo mudou (risos) (...) (P13)

Em outras situações, a rotina e as atividades cotidianas exercidas, tais como trabalho, estudo e cuidado com os filhos, dificultaram a prática de exercícios, conforme expressam as seguintes falas:

Não dá pra fazer porque tem minha filha, ela estuda à tarde, aí quando ela sai eu aproveito pra dormir. (P4)

Eu caminho sempre, ou de manhã ou à tarde, mas como começou minhas aulas, aí eu gosto de caminhar à tarde, mas esse tempo de chuva eu não tou. (P8)

Eu fazia, antes eu praticava artes marciais, eu fazia caminhada com meu amigo que era gordinho pra incentivar ele a emagrecer, antes eu fazia, mas ultimamente o trabalho me toma muito tempo (...) o trabalho me toma a manhã e a tarde, meu esposo me toma a noite, aí quando eu termino de fazer tudo que eu tenho pra fazer a única coisa que eu quero é dormir. (P16)

Apesar de três participantes terem referido comportamento ativo fisicamente durante a gestação, conforme demonstram suas falas, a frequência era esporádica e a duração não atendia à recomendação de 30 minutos diários ou 150 minutos semanais.

Às vezes eu faço caminhada, ando bastante (...) uma vez na vida (quando questionada quanto à frequência). (P5)

Antes de ontem-ontem eu tava dançando, suei que só, suei que só (...) faço duas, três vezes (na semana). (P9)

De vez em quando faço uma caminhada (...) uma vez na semana, quando a vizinha ta em casa, que minha mãe chama, aí ela me chama pra ir. (P14)

4.1.2.3 Tabagismo

A exposição ao tabaco foi relatada por metade das gestantes participantes da pesquisa, sendo predominante o tabagismo passivo. Apenas uma gestante relatou ser fumante e outra afirmou ter abandonado o hábito após o diagnóstico gestacional, como é apresentado no Quadro 13:

Quadro 13 – Exposição das gestantes participantes da pesquisa aos compostos de tabaco.

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16
Tabagismo	TP	TP	TP	TP	TG/ 04*	-	-	-	-	TP	-	TP	TP	TP	TP	TA

Legenda: TG: Tabagismo na Gestação/ TA: Tabagismo Anterior/ TP: Tabagismo Passivo

*Número de cigarros/dia

Fonte: elaborado pela autora

No levantamento referente ao tabagismo durante a gestação, observou-se que muitas mulheres eram submetidas à exposição passiva aos compostos de tabaco no ambiente doméstico e uma no ambiente profissional, conforme as falas a seguir:

Minha mãe, mas geralmente ela sai. Quando ela vem fumar perto eu reclamo, fico brava com ela, ela sai. Ela fica brava, mas ela sai. (P1)

Agora é muita gente que fuma perto de mim, eu fico agoniada, sem fôlego (...) vez em quando, quando eu tou abastecendo o carro, aí um cliente fumando

perto de mim, eu digo “vá pra lá um pouquinho” e ele “ta com medo de morrer é?” (...) a maioria não respeita não. (P3)

Fumo não, só que eu convivo com pessoas que fumam, aí prejudica de todo jeito, porque minha sogra e minha cunhada, se tiver uma carteira devora em meia hora. (...) Elas fumam na porta, mas entra tudo pra dentro de casa. (P4)

Em conformidade com o que foi observado no levantamento dos hábitos alimentares, foi possível identificar que a gestação aumentou a preocupação da mulher com os fatores de risco presentes em seu estilo de vida. As participantes P5 e P16 relataram, respectivamente, a diminuição e abandono do tabagismo após a gravidez, como vistos em suas falas:

Fumei, ontem fumei quatro (...) às vezes fumo mais, menos, mas tou diminuindo. (...) antes eu, uma carteira eu passava três dias. (P5)

Fumava um ou dois cigarros, era de manhã geralmente, quando eu ia trabalhar, mas não era sempre, era mais quando eu voltava do trabalho (...) agora eu parei de vez. (P16)

4.2 Sentimentos e conhecimento acerca do comportamento específico

Na segunda consulta pré-natal realizou-se o levantamento dos sentimentos e conhecimento da mulher acerca dos comportamentos saudáveis desejáveis para ela (segundo componente da TMPS de Nola Pender), podendo ser identificados os benefícios, barreiras, e autoeficácia percebidos para a adoção de um comportamento específico, os sentimentos relacionados com a atividade e as influências interpessoais e situacionais.

4.2.1 Benefícios percebidos para a ação

No levantamento referente ao conhecimento das gestantes quanto aos benefícios relacionados a comportamentos promotores da saúde, foi possível identificar que todas apresentavam percepções acerca de consequências positivas que iriam decorrer da adoção de um comportamento saudável. Tais percepções estavam predominantemente associadas a benefícios para o bebê, conforme expressam as falas a seguir:

É mais nutriente e é mais vitamina né, por causa do crescimento da criança, pra formação, pra evitar problema, pra poder ter leite, essas coisas. (P1)

Ia ser bom pra mim e pro bebê, né, e também na hora do parto ia ser bom né, porque o meu primeiro filho demorou muito, porque eu não fazia nada (atividade física). (P12)

Acho que vai ser bom pra minha saúde, pra saúde da minha filha. (P15)

As mulheres também demonstraram entender que a adoção de determinados comportamentos poderia repercutir positivamente em seu bem-estar e aliviar alguns desconfortos percebidos por elas.

Ajuda em muitas coisas, né, como fortalecer, que eu sinto também muitas tonturas, e pra aumentar o apetite. (P4)

Assim, o meu bem estar, porque, a gente que fuma quando, um exemplo, sobe uma ladeira, você não é igual uma pessoa que não fuma, você já cansa logo né. (P5)

Acho que pode aliviar essas dor que eu tou sentindo. (P14)

4.2.2 Barreiras percebidas para a ação

Frente à necessidade de adoção de comportamentos promotores da saúde, além de benefícios, as gestantes também puderam avistar dificuldades para a realização de mudanças em seus comportamentos habituais. No que se refere à atividade física, o comportamento prévio sedentário exerceu grande impacto, levando a gestante a perceber a falta de disposição como uma grande barreira à realização desta.

Eu já ando pra levar minha filha na escola já morrendo, eu não consigo não, não aguento não. (P4)

A preguiça, assim né, só o acordar, mas depois que acordar pronto. (P11)

Porque eu tenho preguiça de fazer exercício (...) Tenho muita preguiça de andar, eu não gosto nem de ir pra rua. (P12)

Porque eu tenho preguiça de fazer caminhada, mulher. E também só o exercício que eu faço pra ir pra casa da minha sogra... (P14)

Coragem, porque quando eu me sento naquele sofá só a misericórdia pra levantar. (P15)

Os obstáculos para a prática de atividades físicas também foram atribuídos à rotina pessoal. Conforme demonstram suas falas, as gestantes não percebiam a possibilidade de inclusão deste comportamento em seu cotidiano.

Eu não tenho tanto tempo pra caminhada. Pela manhã eu acordo, mas eu, acordo seis horas o sol já ta quente pra mim, e a tarde não tem como fazer a caminhada porque eu estudo. (P1)

É porque eu ajudo a minha mãe, aí a gente tem um ponto embaixo e pra subir pra casa tem escada, minha filha eu subo tanto essa escada que minhas pernas

ficam doendo (...) aí a gente vai dormir tarde, ontem eu fui dormir era meia-noite e pouca, aí dá preguiça de acordar. (P2)

De manhã eu acordo cedo, já me acordo com fome aí tenho que ir logo comer pra depois fazer alguma coisa, aí já pego o trem de sete, já chego em casa de cinco, cinco e meia (...) Realmente eu já chego morta. (P10)

Do mesmo modo que ocorreu com a atividade física, o comportamento prévio impactou a concepção da gestante quanto à adoção de práticas alimentares saudáveis, tais como, se alimentar a cada três horas fazendo, no mínimo, cinco refeições diárias, como pode ser observado nas seguintes falas:

É porque de manhã não dá muita fome em mim não. Eu fico com fome, parece que dá solitária na barriga, só na parte da noite, de quatro horas pra frente. (...) Não dá fome, pela manhã eu não como porque não tenho fome mesmo, só depois das onze horas. (P1)

Eu não sinto fome, eu tou dormindo mais do que como (risos). É porque ele (bebê) troca a noite pelo dia, ele troca o dia pela noite, aí eu tenho que dormir de dia, porque de noite eu sei que ele não vai. (P4)

Outra barreira percebida para a modificação de comportamentos e adoção de práticas saudáveis foram os desconfortos gravídicos e os desejos alimentares na gravidez, como demonstrado nas falas a seguir:

Porque quando eu sinto o cheiro dá vontade, aí eu fico com água na boca, então eu acho que é a menina né, que ta desejando, aí eu como logo. (...) quando eu chego lá na lanchonete, quando eu passo né, que é perto daqui ela, aí eu vejo lá as coxinhas, os tortelete, os brigadeiro, aí dá uma vontade de comer tudo (P3)

Tudo que não pode dá vontade de comer. Fritura, sanduíche. Um dia desse eu tava vendo um passaporte gigante andando assim na minha frente. (P5)

E como eu tou meio assim, enjoando, ome. Se eu pudesse eu não saia de casa nunca, só ficava deitada. (P10)

Agora eu desejo refrigerante todo dia. É mais quando eu vejo, eu fico doida pra tomar. Quando alguém ta com refrigerante na minha frente ou eu tomo ou eu vejo e quero. (P16)

4.2.3 Autoeficácia percebida

A investigação referente à convicção de cada gestante de sua capacidade para modificar seus comportamentos, demonstrou que predominaram as gestantes que acreditavam na capacidade de efetuar mudanças em seus hábitos alimentares, em contrapartida, no que se refere

à atividade física, oito gestantes mostraram-se incertas quanto à perspectiva de mudança e cinco não acreditavam nessa possibilidade. As informações quanto a essa avaliação podem ser observadas no Quadro 14:

Quadro 14 – Autoeficácia percebida pelas gestantes participantes da pesquisa.

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16
Alimentação	1	1	2	3	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1
Atividade Física	2	3	2	3	1	1	3	2	2	2	2	3	1	2	2	3
Tabagismo	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Legenda: 1 – Acredita na capacidade de efetuar mudanças em seus comportamentos; 2 – Tem dúvidas quanto a capacidade de efetuar mudanças em seus comportamentos; 3 – Não acredita na capacidade de efetuar mudanças em seus comportamentos;

Fonte: elaborado pela autora

4.2.4 Sentimento em relação ao comportamento

Frente à mudança em seus comportamentos habituais, a mulher deparou-se com uma variação de sentimentos, sendo por vezes positivos, agindo como estímulo à ação necessária, e em outros momentos negativos, dificultando a realização da mesma. Essa susceptibilidade dos sentimentos da gestante a transformações constantes pode ser percebida nas falas da participante P4 em dois momentos distintos ao longo do processo de modificação de hábitos referentes ao tabagismo:

Nervosismo, ansiedade, que eu acho que eu tenho demais. Às vezes bate um estresse muito grande, porque assim, quando fui diminuindo pra três (cigarros), já tava, ficava estressada, aquela coisa (...) vício é aquela coisa né, a pessoa não deixa de uma hora para outra. (P4)

Fico instigada a largar né, porque que nem você falou né, “P4, quando acender um cigarro pense na sua criança, que ta fumando também” né, aí eu fiquei assim, não dá certo pra mim nem pra criança, deu disposição pra diminuir. (P4)

A partir do momento que a gestante percebia os prejuízos e riscos decorrentes de alguns hábitos de vida e se sentia determinada a adquirir comportamentos saudáveis por si e pelo bebê, surgiam sentimentos que agiam em caráter de reforço ao seguimento do plano de ação, como demonstrado nos seguintes discursos:

A gente às vezes fica com a consciência pesada de não ta fazendo o que deveria fazer. Tipo eu, quando eu vou pro mercado, aí eu digo pronto, vou tomar um refrigerante, aí lembro dos conservantes, lembro das coisas, digo não, não vou tomar porque pode fazer mal, pode prejudicar, aí já passo pro suco. (P1)

Eu caí na real né, porque no começo eu passava muito mal, aí teve um dia que eu disse que não ia comer besteira, aí segui tudo, aí eu vi que melhorou tudo, aí eu disse: “eu não vou comer mais”, aí pronto. (P2)

Em contrapartida, também surgiram sentimentos negativos frente à necessidade e tentativa de modificação dos comportamentos, acarretando uma indisposição para a prática ou até mesmo uma sensação de impotência, conforme pode ser observado nas falas a seguir:

Eu acho que eu não consigo passar um dia sem fumar, mas um dia eu tentei, aí fumei só um, que foi depois do almoço, mas também durante o dia eu passei com uma angústia, um desgosto, me bateu logo uma dor de cabeça. Pronto, só foi esse dia. (P4)

Vem uma preguiça de cortar o tomate, o alface, ter que lavar, não levo jeito pra essas coisas não, aí deixo a salada pra de vez quando. (P14)

Ta bem difícil pra mim agora, seguir (com o plano de ação), vem uma angústia, nervoso, porque na verdade eu nunca fui de me alimentar bem, nunca, nunca comi nada certo, eu nunca sentei pra comer as coisas saudáveis, nunca, então é bem difícil agora. (P16)

4.2.5 Influências interpessoais

A rede social da gestante influenciou, positiva e negativamente, o seu compromisso com a adoção de comportamentos promotores da saúde. Os principais aspectos que favoreceram a modificação de hábitos da mulher foram o incentivo e suporte familiar e a oferta de estratégias que contribuíssem para tal prática, conforme observado nas seguintes falas:

Ela (mãe) comprou batata, comprou inhame pra mim cozinhar, porque é uma coisa fácil, mas é porque eu não tenho paciência, mas ela me ensinou um bocado de coisa, negócio de almoço (...) uma coisa que eu amo é fígado, aí ela comprou um quilo, cortou pra mim lá e tá lá. Eu sei coisar, aí eu como. Compra laranja, compra um monte de coisa pra mim. (P2)

Meu marido principalmente, ele é contra, mas ele ta do meu lado pra mim deixar de fumar, eu vou deixar. (...) ele diz: “coma, bora andar, não vai fumar não”. (...) eu comecei a fumar metade através dele. Ele: “fume a metade, apague, e depois quando você tiver mais tarde a vontade, você fuma a outra metade. Melhor de que cada vontade que der fumar um”, aí eu tou. (P5)

A minha mãe quer me dar todo dia papa. Ela sempre me ajuda, ela faz caldinho de feijão, faz, fica fazendo lá uns negócios pra eu comer. (...) ela fica com raiva porque às vezes eu não quero comer. (P9)

Por sua vez, hábitos e crenças de familiares foram identificados como aspectos que não favoreciam o compromisso da gestante com a adoção do comportamento saudável, como expressam as falas seguintes:

Minha mãe diz: “olhe, se ficar com água na boca coma, porque isso é desejo da menina”, aí eu como tudo, quando eu vejo assim. (P3)

Ele mesmo (marido) não faz nada, só joga bola uma vez, no final de semana. (P10)

Eu como mais massa à noite, macarrão, porque meu marido só gosta de macarrão, ele não come outra coisa, aí pra não fazer duas coisa, aí eu faço uma só. (P15)

4.2.6 Influências situacionais

Na perspectiva de adoção de um comportamento saudável, a gestante apontou fatores que atuavam como agentes facilitadores ou dificultadores. Estes, estavam relacionados ao ambiente ou contexto de vida, conforme demonstram as falas seguintes:

Lá onde eu moro é bom, porque é um residencial né, muita gente caminha lá, tem a academia lá perto (...) (P7)

Eu até fazia (caminhada), mas é porque eu faço quando as cana tá cortada aqui da usina, que assim, elas grande assim, eu tenho medo de andar. Aí eu sempre ando, que tem muita gente que anda né, que faz caminhada, aí eu ando, mas parei porque as cana tá grande, aí só quando cortar de novo. (P15)

(...) com esses assaltos que ta tendo, faz medo a pessoa ir caminhar. Tem a qualquer hora, meio-dia, dez horas da manhã. (P14)

4.3 Comportamento de promoção da saúde desejável

Após levantar os sentimentos e conhecimento da mulher, foram identificados, conjuntamente, os comportamentos saudáveis para ela desejáveis (terceiro componente da TMPS de Nola Pender). Nesse momento, a gestante estabeleceu um compromisso com o plano de ação pactuado, tendo como propósito a adoção de um comportamento de promoção da saúde. Em alguns casos, durante o seguimento do plano de ação, a mulher se deparou com demandas e preferências que competiam com a ação desejada.

4.3.1 Compromisso com o plano de ação

O plano de ação foi construído conjuntamente entre enfermeira e gestante, levando em conta as preferências e sentimentos de cada mulher e sua autoeficácia percebida para cada ação. No estabelecimento de objetivos a serem cumpridos, foram utilizados como suporte as influências pessoais e situacionais positivas, que atuaram facilitando o compromisso com o plano de ação.

Ainda com esse propósito, de contribuir para a execução e manutenção do comportamento de promoção da saúde, foram estabelecidas estratégias que permitissem à gestante superar as barreiras percebidas para a ação, as influências interpessoais e situacionais negativas e as demandas competitivas que surgiram.

O plano sofreu reajustes sempre que essa necessidade foi identificada, objetivando aumentar o compromisso da mulher com o plano de ação. Caso a gestante não conseguisse seguir os objetivos pactuados inicialmente, estes podiam ser reformulados, de forma a ficarem mais próximos à realidade de cada mulher e então, serem executados. Do mesmo modo, o alcance de uma meta traçada não representava uma conclusão, e sim um avanço na trajetória, visto que geralmente implicava em uma maior autoeficácia percebida e possibilitava o estabelecimento de novos objetivos, em caráter de avanço ou de manutenção, rumo ao comportamento de promoção da saúde

Por exemplo, as metas traçadas consideravam o tipo de atividade física que a gestante se identificava e a frequência/duração que ela julgava capaz de assumir. Se a gestante informava que não havia conseguido seguir o objetivo de caminhar três vezes na semana durante trinta minutos, tendo realizado apenas uma caminhada em quinze dias, o plano poderia ser reajustado com a meta de realização de duas caminhadas com duração de 20 minutos por semana, sempre procurando seguir o que era proposto por ela.

A atividade física mais escolhida pelas gestantes foi a caminhada, já a P6 preferiu realizar atividade de dança em sua própria residência. A P5 utilizou o artifício de prolongar o passeio diário com o cachorro, as P7 e P16 o de fazer a caminhada durante o trajeto de volta do trabalho para casa e a P13 no momento em que iria levar os filhos para a escola.

Quanto à alimentação, não eram feitas proibições e imposições, mas planejados métodos que promovessem melhores hábitos alimentares considerando as preferências de alimentos de cada gestante. A P1, por exemplo, costumava ingerir diariamente dois pacotes de biscoito recheado, então, foi combinado que ela iniciasse o lanche com uma fruta, copo de suco, vitamina ou iogurte, de modo que, quando ainda desejados, a quantidade de biscoitos ingeridos diminuísse. A mesma estratégia foi utilizada com as gestantes P13 e P15 que chegavam a consumir até oito pães por dia. Foi sugerido que iniciassem a refeição com alimentos com um menor valor energético e mais ricos em vitaminas e nutrientes, como frutas, inhame, entre

outros, e posteriormente, caso desejassem, comessem apenas um pão pela manhã e um à noite, evitando-os nos horários de lanche.

Já com a P9, que diariamente costumava substituir uma refeição principal, como almoço ou jantar, por pastel, foi combinado que, quando desejado, a mesma iria consumir este alimento no lanche junto com um suco de fruta ou após a própria fruta, contanto que fosse evitada essa prática diariamente.

Referentes ao tabagismo, as estratégias utilizadas com a P5 objetivaram reduzir a quantidade de cigarros fumados diariamente. A meta era traçada e conforme a gestante conseguia diminuir o número de cigarros para o que havia sido combinado, um novo objetivo era pactuado. A gestante também fez uso da estratégia de fumar metade do cigarro e comprá-los por unidade.

4.3.2 Demandas competitivas imediatas e preferências

Durante a implementação do plano de ação, frequentemente a mulher-gestante deparava-se com situações que comprometiam o compromisso com os comportamentos pactuados. Tais acontecimentos, por vezes se tratavam de demandas que não podiam ser controladas pela mulher e que exigiam sua atenção imediata, obrigando a mesma a relegar o comportamento de promoção da saúde, conforme observado nas falas das gestantes P8 e P11:

Tem nem como eu fazer (exercício), por causa do meu esposo que ta uma correria (...) ele se acidentou de moto aí quebrou o fêmur, aí ta lá no “hospital X” ainda e não fez a cirurgia. Aí ta uma correria pra ir pra lá, aí não tem como eu fazer. (P8)

É porque tem dia que é corrido, aí a gente peca mesmo né amiga, tem dia que eu não consigo parar no meu trabalho, nem pra fazer xixi, nem pra beber água, tenho que engolir a comida. (P11)

Em outras circunstâncias, essa ameaça ao compromisso com o plano de ação se tratava de preferências individuais, ou seja, comportamentos mais atraentes que o comportamento desejado e que podem ser controlados pela mulher, conforme demonstram as seguintes falas:

Eu teria que acordar bem, bem mais cedo, pra poder fazer isso. Eu queria fazer, mas o problema é que eu fico, por conta que depois eu vou ta morrendo de sono. (P7)

Vim almoçar já era tarde, tava sem tomar café (...) é que eu tava jogando baralho, tou viciada em jogar baralho, aí tou acordando muito cedo e vou direto jogar baralho. (P12)

Eu não como (feijão) porque assim, meu marido não come em casa né, aí eu fico sozinha, aí eu não faço almoço, aí também quando eu não faço almoço eu como besteira, eu fico bolando, não tenho vontade de fazer comida só pra mim, entendeu? Aí eu procuro alguma coisa pra comer, o que tiver eu como, pão, bolacha, bolacha com doce, só não comida. (P15)

4.3.3 Comportamento promotor da saúde

O resultado final da aplicação da TMPS de Nola Pender no pré-natal aponta os comportamentos de promoção da saúde assumidos durante a gestação, aqueles que não foram passíveis de mudança, o método de utilização do plano de ação sob a perspectiva da mulher-gestante e sua avaliação acerca da assistência pré-natal recebida.

Inicialmente, considerando que práticas alimentares saudáveis e atividade física na gravidez promovem um ganho de peso gestacional adequado, foi feita uma avaliação quanto a este resultado das mulheres participantes da pesquisa. Predominaram as gestantes que tiveram seu ganho de peso dentro da faixa determinada para sua classificação nutricional, contudo, três gestantes ganharam menos que o recomendado e outras três tiveram seu ganho ponderal acima do valor máximo proposto.

Duas das participantes que ganharam peso excessivo, foram as gestantes P13 e P15, que se encontravam na faixa de obesidade, na qual se aconselha um ganho de peso gestacional inferior ao das outras faixas, tendo essas mulheres ultrapassado, respectivamente, 0,8 kg e 1,6 kg do limite máximo recomendado de nove kg. A outra mulher que obteve um ganho de peso excessivo foi a P14, que apresentou 3,6 kg a mais que o proposto.

Já o ganho de peso abaixo da faixa prevista, foi das gestantes P4, P6 e P9, que ganharam 1,8 kg, 1,0 kg e 3,4 kg a menos, respectivamente. Nesse aspecto, destaca-se que P4 e P9 foram duas entre as três únicas gestantes que apresentavam dúvidas ou não acreditavam na capacidade de efetuar mudanças em seu comportamento relacionado à alimentação, e elas também apresentaram essa mesma posição quanto à autoeficácia para o comportamento de atividade física.

Em relação à participante P9, esse ganho abaixo do recomendado pôde ser associado a comportamentos adotados no início da gestação, que a levaram a perder seis quilos no primeiro

trimestre, conforme demonstra sua fala referente à contribuição do pré-natal para a adoção de comportamentos saudáveis:

Melhorou e muito. Ajudou na minha vida, no meu, ajudou na minha, como é que se diz, na minha mente. Ajudou em muitas coisas. Esse negócio de tomar água e tomar suco, e comer, mas porque eu não queria comer, porque eu tinha raiva (não aceitava a gestação), dizia eu não vou comer não. Aí como eu não falava com ela, foi quando você mandou eu falar com ela, eu fiquei conversando e depois eu também fui comendo. (P9)

No Quadro 15 estão apresentados os ganhos ponderais das participantes da pesquisa.

Quadro 15 – Ganho de peso gestacional das mulheres participantes da pesquisa.

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16
Ganho Ideal*	PA	PA	PA	PA	PA	PA	PA	PA	PA	PA	SP	PA	OB	PA	OB	BP
Ganho de Peso (Kg)	15,7	14,6	13,2	9,7	12,8	10,5	13,8	14,7	8,1	14,2	7,8	13,4	9,8	19,6	10,6	16,7

Legenda: BP: 12,5 - 18,0 Kg/ PA: 11,5 – 16,0 Kg/ SP: 7,0 – 11,5 Kg/ OB: 5,0 – 9,0 Kg

*Avaliado de acordo com a faixa de classificação nutricional da gestante.

Fonte: elaborado pela autora

No que se refere à avaliação dos comportamentos de saúde assumidos durante a gestação, todas as mulheres demonstraram ter percebido mudanças positivas em seu estilo de vida. Indo ao encontro dos resultados apresentados quanto à autoeficácia percebida, foi possível observar que os principais comportamentos saudáveis relatados na avaliação final se relacionaram ao padrão alimentar e nutricional, quesito no qual predominou a crença na capacidade para efetuar modificações comportamentais. A percepção de mudanças nas práticas alimentares é demonstrada nas falas a seguir:

Mudou porque eu parei de comer muita besteira, aquelas frituras que eu comia muito. Diminuí os doces, os biscoitos, aquelas besteirinhas né, que eu diminui também, que eu comia mais e agora como menos. (P3)

Mudou que eu troquei os alimentos que não têm nutriente nenhum pra os alimentos que tem né, vitamina, nutrientes (...) Consegui mudar muitas coisas. De primeiro eu tomava daqueles (suco) em pó, agora eu tou buscando pelo da fruta, a pipoca diminuí, acho que tou comendo uma vez na semana, duas (...) Até o feijão eu tou comendo mais, tem melhorado principalmente no feijão, porque eu não era muito chegada, o feijão antes era excluído (risos). (P5)

Em termos de comer muita fritura, essas coisas, eu realmente parei mesmo. Porque a gente fora de casa come muita besteira, sanduiche, essas coisas, mas aí eu entrei mesmo em disciplina e eliminei essas coisas né. (P11)

Mudou bastante. Muitas coisas que eu não comia que eu comecei a comer e muitas coisas que eu comia que deixei de comer. Parei de comer tanta besteira,

tem muitas coisas que eu fazia assim, de errado pra minha saúde, que eu parei. (P16)

Nos relatos referentes à modificação nas escolhas alimentares, o consumo de frutas e verduras, antes um fator predominantemente negligenciado pelas mulheres-gestantes em sua alimentação, também ganhou destaque, conforme as seguintes falas apontam:

Mudou também o tipo da comida que eu comia, que antes eu comia mais fritura, comida mais fritada, e hoje eu como ela mais cozinhada, eu prefiro. E também mais fruta, que eu não era de comer muita fruta, a não ser a maçã, e hoje eu mudei mais pra banana, melancia, uva, vai não vai eu como uma uva. (P1)

Eu comia muita besteira, eu sentia azia, ficava com inchaço na barriga, com muita falta de ar, um monte de coisa. Melhorou foi tudo. Não fico mais com gases, nem se sentindo inchada, aquele negócio ruim. Eu também não era de comer antes em casa banana, abacaxi, que eu não gostava, agora quase todo dia. (P2)

Mudou tudo, eu tou me sentindo melhor né, muito melhor. Eu comia muita besteira, então eu comecei a trocar várias coisas por outras e mudou em relação à minha pressão, porque logo no comecinho já tava dando alta (...) E também eu comia uma comida, qualquer uma que colocasse eu comia, e hoje não, hoje eu como mais salada, arroz, feijão, macarrão, essas coisas. (P8)

A ingestão de verduras foi maior agora, pra controlar né, pra saciar a fome que eu estava sentindo e pra controlar a ingestão de outras coisas. Porque se você não come uma coisa vai acabar comendo outra. (...) Até a crua mesmo, até beterraba crua que eu não comia, ela raladinha, agora eu como. Já acostumei, sinto até falta quando não tem. (P10)

Uma das gestantes participantes fez menção à uma das atividades educativas realizadas, apontando que a mesma contribuiu para a aderência ao comportamento saudável:

Meu incentivo foi aqui, depois do pré-natal que eu vim aqui a consulta com vocês e também as reuniões, aí por isso. Depois daquele dia (ação educativa) eu passei até a tomar mais o suco da beterraba, quase toda noite eu faço um copo do suco da beterraba, a beterraba, a laranja e o leite.

A melhora de hábitos alimentares também foi relacionada à uma mudança no número de refeições diárias realizadas, sendo introduzidos os lanches recomendados e evitado o hábito de pular refeições, conforme pode ser observado nas seguintes falas:

Melhorou bastante porque eu não comia bem e agora tou comendo né, os lanches, não comia muito (P6)

Eu não comia de três em três horas, eu não comia e eu não lanchava também, não vou mentir, eu não lanchava. (P8)

Na comida comecei a pensar mais no bebê e não em mim, porque às vezes eu acordava e nem ligava muito pra comer, agora eu como mais (vezes), antigamente eu comia menos. (P12)

Outra mudança percebida foi quanto à ingestão hídrica, tendo sido relatada por todas as participantes uma melhora significativa deste comportamento, durante a gestação.

Mudei minha rotina, tou tomando bastante água. Agora que eu tou diminuindo assim mais a noite, porque a mijadeira que dá, mas tou tomando bastante mesmo. Água eu tou indo bem, pra quem não tomava nem meio litro. (P5)

Tou tomando muita água, antes bebia um copo quando dava sede e agora tou tomando seis garrafa. (P6)

Contribuiu principalmente a água, que eu não tomava muita água. (P8)

Às vezes eu ficava um dia, dois dias sem beber água, nunca gostei de beber água. Agora eu tomo bastante água. (P16)

A avaliação final da prática de atividade física demonstrou que predominou a manutenção de comportamento sedentário, contudo, o número de mulheres que referiram a ação aumentou de três para sete, conforme está representado no Quadro 16:

Quadro 16 – Comportamento de atividade física durante a gestação.

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16
Atividade Física	SD	SD	SD	SD	AT	AT	SD	AT	AT	SD	AT	SD	AT	SD	AT	SD

Legenda: AT: Ativo Fisicamente/ SD: Sedentário

Fonte: elaborado pela autora

Comparando esses resultados alcançados com a autoeficácia que havia sido percebida para o desempenho de ações de atividade física, é possível verificar que todas as mulheres que acreditaram serem capazes de efetuar mudanças nesse comportamento, realmente concretizaram esse objetivo. O comportamento ativo foi também adotado por metade das gestantes que apresentaram dúvidas quanto à essa capacidade. Já as gestantes que não acreditavam na adoção do comportamento saudável, de fato, não efetuaram modificações.

Considerando os fatores pessoais dessas gestantes é possível observar que a mudança no comportamento de atividade física preponderou entre as mulheres cuja gravidez havia sido planejada. Cabe ressaltar, ainda, que as três mulheres com diagnóstico nutricional de sobrepeso ou obesidade adotaram comportamento ativo, sugerindo que essa condição age como um estímulo para a ação.

As falas a seguir relatam modificações positivas nos hábitos de atividade física das mulheres-gestantes e a percepção das mesmas acerca dos benefícios obtidos com essa prática:

Três vez na semana, depois que eu faço tarefa dentro de casa, aí eu boto o som pra tocar e fico dançando. Começo a fazer de 9 e fico até 10, aí dali eu paro. (...) tou me sentindo bem, melhor do que antes. Porque, quando eu não fazia esse tipo de tarefa eu sentia muita dor e depois que eu comecei a fazer isso passou, aliviou tudo. (P6)

Ainda eu faço (caminhada) na parte da tarde. Mudou isso também, eu me sentia mais cansada, até com a barriga pequena, e hoje não. Agora um pouquinho mais eu me sinto, por causa que a barriga ta maior né, mas eu me sinto bastante relaxada né, eu não canso muito, essas coisas. (P8)

Agora eu faço (caminhada) com o meu esposo. Eu tava fazendo todo dia, todo dia, aí agora só dia de segunda e dia de sexta num tou fazendo porque o meu marido ta chegando mais tarde, aí não ta dando pra fazer. (P15)

A sensação de cansaço percebida pela gestante P8 no terceiro trimestre também foi relatada por outras três gestantes, e, nesses casos, afetou em uma diminuição da prática de atividade física nessa fase gestacional, conforme indicam as falas a seguir:

Eu continuo caminhando bastante com o cachorro (...) Eu só vivia com aquela sensação, porque no começo da gravidez vem aquela sensação de cansaço, aquela moleza, mas hoje eu sinto mais disposta, só não tou mais fazendo assim sempre, todo dia, faço duas, três vezes na semana. Eu diminuí, moi dos peso nas perna, porque durante a tarde, assim, já bate aquele cansaço, aí tem noite que eu tou com aquela dor nas costas, aquele peso, aí não vou. (P5)

O exercício tava bom, eu dançava que só, mas agora nesse fim fiquei indisposta, aí tem dia que eu não faço. (P9)

Eu tava fazendo (caminhada) todos os dias, quer dizer, menos domingo né, mas agora nesse final mesmo já tou querendo ficar em casa. (risos) O cansaço mais forte chegando né, a gente fica mais cansada, é normal né, por conta do peso. Mas eu continuo caminhando, me sinto até melhor, eu acho também que é por isso ainda que eu não fico inchada. (P11)

Quanto à exposição aos compostos do tabaco, todas as mulheres que apresentavam tabagismo passivo informaram que, com a gestação, passaram a evitar permanecer em ambientes em que havia pessoas fumando. Já a P5, apesar de não ter interrompido o hábito, fazendo uso de determinadas estratégias, conseguiu diminuir significativamente o número de cigarros fumados diariamente, conforme relata:

Eu saí dos quatro pra um, um e meio né (cigarro). Primeiro eu comprava de carteira, hoje não, hoje eu compro de unidade (...) Me sinto melhor, porque é uma coisa que me prejudica e prejudica a criança. Eu ainda tou nessa pra sair

desse um e meio, eu vou sair né, mas até agora tou satisfeita, assim né, porque cheguei até um e meio, um, e vou sair desse um e um e meio. (P5)

A fala acima demonstra remete à intenção da mulher-gestante de continuar buscando resultados de saúde positivos após o término da gravidez. Outras participantes demonstraram em seus discursos essa pretensão de manutenção do comportamento promotor da saúde, conforme exposto a seguir:

Mudei, porque eu tava comendo tanto doce, tanto, assim, porque dá vontade né. Agora assim, o refrigerante, eu tava dizendo às meninas, a gente nem sente falta mais, se acostuma. às vezes prefere até água, do que suco (...) não vou tomar mais refrigerante, ou tomo água ou tomo água de coco. (P10)

Ajudou, ajudou muito, porque eu mesma pra tomar água, era uma briga. Sério mesmo. E senti né, a diferença, melhora. E vou ver se continuo né, não é só porque eu tava gestante não né. Vou ver se eu continuo fazendo. (P11)

O jeito de comer, eu acho que mudou pra melhor. Porque assim, quando eu tiver ela, eu já não vou mais comer como eu comia antes, eu vou comer diferente porque eu já tou me acostumando. (P15)

Diante da mudança positiva em seus comportamentos, as participantes avaliaram a estratégia do planejamento conjunto e estabelecimento de um compromisso, entre enfermeiro e gestante, com o plano de ação construído, como uma estratégia positiva, que contribuiu para a adoção de comportamentos de saúde:

Ajudou e muito, porque eu acho que se eu não tivesse feito isso com você, eu acho que eu tava obesa, a pressão tava lá em cima, acho que tava cheia de estria, destruída. (P2)

Contribuiu bastante e também coisas que eu não sabia e aprendi (...)foi ótimo o plano pra mim, pra mim foi tudo ótimo, com isso a gente aprende bastante. (P8)

Assim, é um acompanhamento né, que às vezes até, às vezes você não quer nem fazer, né, vamos dizer, mas aí você lembra que você fez esse compromisso né, aí você diz, não, vou continuar, vou tentar, e assim vai fazendo. (P11)

Dá mais incentivo (com o plano), a gente procura saber mais, eu lia bastante sobre alimentação, coisa que eu nunca fazia, pesquisava muita coisa, tudo que você falava eu ia pesquisar, o que eu não sabia te enchia o saco (risos), gostei bastante. (P16)

Outras duas gestantes participantes, apesar de identificarem a contribuição do plano de ação, apontam que, na prática, são encontradas dificuldades para o seguimento do mesmo, conforme relatam nos trechos a seguir:

Ajuda muito, porque eu me vejo como exemplo. Se eu tivesse seguido no caso o plano de forma coerente e tivesse feito os exercícios e tudo, se eu tivesse realmente tempo, porque eu acho que meu maior problema foi o tempo que eu não tinha, se eu tivesse estava muito mais disposta. (P7)

Se a pessoa seguir mesmo, tudo se mantém na normalidade né, agora eu sei que é difícil cumprir viu?! Eu já sou meia regulada, aí você segue mais à risca, mas tem gente que diz, não eu não gosto, não vou comer, aí não come mesmo. Eu não, eu não gosto mas vou comendo de pouquinho, aí esse pouquinho hoje em dia já ta normal. (P10)

Em contrapartida, a rotina e periodicidade das consultas foi identificada como um fator positivo, que auxilia a implementação do plano de ação, uma vez que a proximidade da enfermeira com a gestante em virtude dos retornos frequentes oportunizava o acompanhamento das orientações para sua saúde e bem-estar, o incentivo à ação, o levantamento das demandas que competiam com a adoção do comportamento promotor da saúde e a elaboração de estratégias de enfrentamento para as mesmas.

Aí no caso se não tivesse o plano, como eu venho de mês em mês, quinze em quinze dias, eu poderia ta recebendo a orientação hoje, mas amanhã eu ia esquecer, até porque não ia ta ninguém me lembrando se ta seguindo a orientação direito, eu não ia ta lembrando direito. A gente lembra, só que a gente nem liga, faz de conta que nem liga, como no início da gestação. (P1)

Eu achei ótimo, porque ta aí tudo que eu consegui fazer né, de lá pra cá. Achei ótimo isso, não tenho o que falar. Foi uma coisa que a gente ta vendo, cada mês, cada semana o que a gente ta mudando né. Achei legal, não tenho o que falar. (P5)

Houveram comportamentos promotores da saúde que não foram assumidos por algumas gestantes, sendo apontadas dificuldades para a adoção dos mesmos. Estes comportamentos não aderidos, predominantemente relacionados à prática de atividade física, podem ser relacionados às barreiras percebidas inicialmente para a ação, às influências interpessoais, à baixa autoeficácia percebida e às demandas competitivas surgidas, conforme pode ser observado nas falas a seguir:

Logo no começo foi porque eu tinha muito sono, porque eu dormia pela parte da manha todinha, acordava só pra almoçar, dormia, acordava só na parte da tarde pra lanchar, tomava café e dormia de novo. Foi durante até os três meses, quatro meses assim (...) também porque não tinha muita gente pra ir comigo, não tinha incentivo, não tinha ninguém pra ir comigo. (P1)

Só isso que não, mulher (a atividade física), porque eu não paro, o dia todinho eu não paro, é de instante em instante eu pra lá e pra cá. (P2)

De manhã não teve acordo viu (lanche entre as refeições principais). Porque assim, eu tou comendo mais comida forte de manhã, tou comendo mais cuscuz, aí fico muito cheia. (...) eu tentei, mas eu não consigo (risos). Eu faço lanche de tarde e antes de dormir, mas de manhã não. (P4)

Só foi a questão mesmo assim de exercício físico, que eu não tive aquele tempo pra fazer, mesmo que eu quisesse mesmo, aí acabei não fazendo o exercício físico. (P7)

No meu caso assim, na caminhada por exemplo, o ruim é porque eu trabalho o dia todo, mas pra quem não trabalha já é bem mais fácil né, já dá tempo, ou senão trabalha só a tarde, de manhã seria mais fácil eu ir caminhar. Mas como eu saio sete horas, chego cinco horas, já chego morta. (P10)

Por fim, as gestantes fizeram menção em seus discursos ao habitual modelo de atenção pré-natal adotado pelos serviços e profissionais de saúde, estabelecendo comparações com a assistência pré-natal recebida durante a aplicação da TMPS, conforme apresentado nos seguintes trechos:

Eu achei que ajudou bastante, ajuda bastante, eu mudei a minha alimentação mais pelo meu pré-natal né, porque antes eu não, num tinha tanta orientação, não tinha a orientação. De vir, vinha muita gente falar que não era saudável, não era isso, até eu sabia, só que muitas coisas eu fiquei sabendo que não eram saudáveis que eu achava que era, que a gente pensa que é né, só que na maioria do tempo não é. (...) Assim, o pré-natal normal, tudo bem que a gente recebe indicações, contraindicações, recebe o que é bom o que é ruim, só que a gente não tem aquela pessoa pra tá ali: “você fez isso?”, puxando a orelha da gente realmente, no pé da gente, ah tem que fazer isso, tem que ta fazendo isso, tem que ta fazendo isso. Assim né, muitas vezes a pessoa não acha na obrigação de tá, orienta, faz se quiser. Elas acham isso, eu tiro assim, né. (P1)

Porque assim, eu via a diferença dos planos do pré-natal daqui pra o que eu faço, do plano (de saúde). Porque em nenhum momento meu obstetra chegou pra falar de exercício físico, questão de alimentação, se isso podia, se isso não podia. Então assim, aqui foi um pouco mais detalhado, geralmente tem gestante que não sabe que exercício faz bem, que não é bom comer isso e aquilo, e assim, tendo uma orientação detalhada é bem mais fácil de manter uma gravidez saudável, já no plano eu não tive, não tive isso. Foi tudo que você me passou, entendeu. O máximo que meu obstetra perguntava era: ta se alimentando direitinho, só isso. Nem a questão das três horas ele falou, de alimentação, acho que talvez ele achasse que eu já soubesse. (P7)

Porque assim, você vai no médico hoje, o médico diz faça isso, isso e isso, deixa você a vontade o mês todo, mas se na sua próxima consulta você também às vezes não for cobrada, aí você vai deixando, termina até nem fazendo. Isso é até um tratamento também. (P11)

4.4 Diagnósticos de Enfermagem

Elaborou-se com base na CIPE® uma lista de possíveis diagnósticos e intervenções de enfermagem, relacionados aos comportamentos promotores da saúde, a serem utilizados por enfermeiros no processo de aplicação da TMPS, sendo apresentada no Quadro 17:

Quadro 17 – Lista de diagnósticos e Intervenções de Enfermagem com base na CIPE® a serem utilizados na aplicação da TMPS de Nola Pender no pré-natal.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Ingestão de alimentos adequada para o período pré-natal	Implementar cuidados pré-natais
Ingestão de líquidos efetiva para o período pré-natal	Gerenciar cuidado pré-natal
Ingestão de alimentos excessiva no período pré-natal	Orientar sobre cuidados no pré-natal
Ingestão de líquidos prejudicada no período pré-natal	Obter dados sobre condição nutricional
Risco de ingestão nutricional prejudicada no período pré-natal	Obter dados sobre comportamento de exercício físico
Risco de déficit nutricional na mulher em período pré-natal.	Obter dados sobre comportamento de ingestão de alimentos
Padrão de exercício diminuído em período pré-natal	Obter dados sobre comportamento de ingestão de líquidos
Baixo peso em período pré-natal	Obter dados sobre tabagismo
Sobrepeso em período pré-natal	Orientar sobre nutrição
Obesidade presente em período pré-natal	Orientar sobre padrão de ingestão de alimentos
Comportamento de busca de saúde	Orientar sobre exercício físico em período de pré-natal
Comportamento de busca de saúde prejudicado	Orientar alimentação adequada em período de pré-natal
Comportamento de ingestão de alimentos eficaz	Orientar ingestão de líquidos em período de pré-natal
Comportamento de ingestão de alimentos prejudicado	Orientar sobre comportamento de busca de saúde
Comportamento de exercício físico eficaz	Orientar sobre tabagismo em período de pré-natal
Comportamento de exercício físico prejudicado	Orientar sobre exposição a tabagismo secundário (passivo)
Abuso de tabaco presente em período pré-natal.	Aconselhar sobre abandono de tabagismo
Risco de exposição a tabagismo secundário (passivo) da mulher em período pré-natal.	Monitorar peso em período pré-natal
Risco de complicações durante a gestação	Gerenciar comportamento negativo
Risco de desenvolvimento fetal prejudicado	Gerenciar regime de exercício físico no período pré-natal
Risco de baixo peso neonatal	Gerenciar regime de líquidos no período pré-natal
Ansiedade face ao abandono de tabagismo, presente	Gerenciar regime dietético no período pré-natal
Baixa autoeficácia em relação ao regime de exercício físico	Obter dados sobre condição social

Autoeficácia presente em relação ao regime de exercício físico	Obter dados sobre preferências relacionadas ao regime de exercício físico
Baixa autoeficácia em relação ao regime dietético	Obter dados sobre preferências relacionadas ao regime dietético
Autoeficácia presente em relação ao regime dietético	Obter dados sobre preferências relacionadas ao regime de líquidos
Baixa autoeficácia em relação ao regime de líquidos	Obter dados sobre barreiras para adesão ao regime dietético no período pré-natal
Autoeficácia presente em relação ao regime de líquidos	Obter dados sobre barreiras para adesão ao regime de exercício físico no período pré-natal
Baixa autoeficácia em relação ao abandono de tabagismo	Obter dados sobre barreiras para adesão ao regime de líquidos no período pré-natal
Autoeficácia presente em relação ao abandono de tabagismo	Obter dados sobre disposição (ou prontidão) para abandono de tabagismo
Adesão ao regime de exercício físico em período de pré-natal	Obter dados sobre autoeficácia para adesão ao regime de líquidos
Adesão ao regime de líquidos em período de pré-natal	Obter dados sobre autoeficácia para adesão ao regime de exercício físico
Adesão ao regime dietético em período de pré-natal	Obter dados sobre autoeficácia para adesão ao regime dietético
Não adesão ao regime de exercício físico em período pré-natal	Obter dados sobre autoeficácia para abandono de tabagismo
Não adesão ao regime de líquidos em período pré-natal	Promover adesão ao regime de exercício físico no período pré-natal
Não adesão ao regime dietético em período pré-natal	Promover adesão ao regime dietético no período pré-natal
Atitude em relação à condição nutricional prejudicada	Promover adesão ao regime de líquidos no período pré-natal
Atitude em relação ao cuidado, conflituosa	Avaliar atitude em relação à condição nutricional
Atitude em relação ao cuidado, positiva	Avaliar conhecimento sobre regime de líquidos no período pré-natal
Atitude em relação ao exercício físico, conflituosa	Avaliar conhecimento sobre regime dietético no período pré-natal
Atitude em relação ao exercício físico, positiva	Avaliar conhecimento sobre regime de exercício físico no período pré-natal
Atitude em relação à condição nutricional conflituosa	Avaliar atitude em relação ao regime de exercício físico no período pré-natal
Atitude em relação à condição nutricional positiva	Avaliar atitude em relação ao regime de líquidos no período pré-natal
Atitude em relação ao regime dietético, conflituosa	Avaliar atitude em relação ao regime dietético no período pré-natal
Atitude em relação ao regime dietético, positiva	Avaliar atitude em relação à condição nutricional
Atitude em relação ao regime de líquidos, conflituosa	Avaliar resposta psicossocial à instrução sobre exercício físico no período pré-natal
Atitude em relação ao regime de líquidos, positiva	Avaliar resposta psicossocial à instrução sobre nutrição
Atitude familiar, conflituosa	Avaliar resposta psicossocial à instrução sobre ingestão de líquidos
Atitude familiar, positiva	Avaliar conhecimento sobre gestação

Fonte: elaborado pela autora

4.5 Ações educativas

No processo de acompanhamento do plano de ação, diante da baixa-autoeficácia e das barreiras percebidas para a prática de atividade física, e da baixa ingestão de verduras e legumes, sentiu-se a necessidade de promover atividades de educação em saúde com o grupo de gestantes acompanhadas.

As ações educativas foram realizadas em um espaço denominado SATUVIDA complexo hidroginástico, localizado no próprio município de Satuba. O SATUVIDA é um serviço que integra a rede de atenção à saúde do município e constitui-se como um espaço para a prática de atividades físicas e cuidados com a saúde, contando com uma equipe multiprofissional composta por dois educadores físicos, uma nutricionista e dois técnicos de enfermagem.

A primeira atividade objetivou trabalhar com as gestantes a importância e os benefícios de uma vida ativa na gestação e apresentar-lhes o espaço que elas dispunham para esta prática e foi realizada pelas pesquisadoras conjuntamente com um grupo de estudantes do curso de enfermagem da Universidade Federal de Alagoas. Com o apoio da equipe SATUVIDA, foi proposta uma turma de gestantes para exercícios aeróbicos, três vezes por semana, no horário que lhes fosse mais propício.

A ação contou com a participação de onze gestantes e de uma das educadoras físicas do serviço, que conversou com as convidadas e iniciou o encontro com uma atividade de alongamento. Em seguida, através de dinâmicas, abordou-se os conhecimentos do grupo acerca da prática de exercícios na gestação e dos benefícios desta para a mulher e o bebê.

O segundo encontro grupal contou com a presença de quatro gestantes e abordou a importância da ingestão de verduras e legumes. Desta vez contou-se com a presença da profissional nutricionista, que se colocou a disposição para o acompanhamento das gestantes.

Através de um jogo interativo discutiu-se acerca da alimentação na gestação, trabalhando com foco nos alimentos fonte de vitaminas e nutrientes e naqueles considerados como escolhas alimentares pobres (alimentos altamente energéticos, ricos em gordura, sódio e/ou açúcar). Além disso, realizou-se uma degustação de receitas de sucos naturais, purê de abóbora e frutas diversas.

5 DISCUSSÃO

A TMPS de Nola Pender parte da premissa de que cada pessoa é única em suas características individuais e experiências de vida, e acredita que esses dois fatores afetam diretamente a adoção de comportamentos promotores da saúde. Deste modo, os fatores pessoais e o comportamento prévio relacionado são aspectos que devem ser considerados pelo profissional de saúde a fim de conduzir as ações de promoção de comportamentos saudáveis (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2014).

O cuidado adequado durante a gravidez requer o conhecimento das características de cada mulher, que envolvem fatores biológicos, socioculturais e psicológicos que, por sua vez, influenciam as crenças, os sentimentos e a adoção dos comportamentos de promoção da saúde. Quando há uma compreensão dos fatores condicionantes e determinantes do processo de saúde e doença, as ações de promoção da saúde são mais eficazes, visto que esse entendimento orienta a tomada de decisões para atender às necessidades e interesses das pessoas envolvidas nesse processo (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2014).

Os resultados alcançados no estudo de Gokyildiz et al. (2014), por exemplo, indicam que as gestantes com idade mais avançada, maior nível de escolaridade, melhor estado socioeconômico e que vivem em uma família nuclear, são mais propensas a ter estilos de vida promotores da saúde. Em relação a esses achados, os autores relacionaram a idade a um maior crescimento espiritual e relações interpessoais sólidas, o que favorece a gestão do estresse, e supõem que integrar uma família nuclear encoraja e favorece um estilo de vida saudável, contudo, durante a aplicação da TMPS de Nola Pender no pré-natal, não foi possível observar diferenças na adoção de comportamentos promotores da saúde quanto a essas características.

O nível educacional, por sua vez, é um importante determinante das condições socioeconômicas e culturais, sendo considerado uma das principais causas de desigualdades sociais na saúde, visto que os indivíduos que possuem maior escolaridade têm maiores condições de adotar comportamentos e hábitos de vida saudáveis (LARRAÑAGA et al., 2013).

Outros estudos apontam que a educação e o nível socioeconômico têm efeitos sobre o envolvimento em comportamentos de promoção da saúde. Larrañaga et al. (2013), identificaram hábitos mais saudáveis, menores complicações durante a gravidez, melhor controle do ganho de peso gestacional e maior assiduidade nas consultas pré-natais entre as

mulheres com nível socioeconômico superior, em contrapartida, as mulheres com menor nível de escolaridade e com ocupações menos qualificadas, apresentaram um maior risco de comportamento sedentário, tabagismo passivo e maus hábitos alimentares.

Essas informações levam a uma reflexão quanto a alguns achados desse estudo, visto que as mulheres que excederam o ganho de peso gestacional encontravam-se desempregadas, o que pode apontar para um menor nível socioeconômico. Já as gestantes que possuíam ensino superior completo apresentaram o ganho ponderal conforme a recomendação preconizada. Contudo, não foi percebida uma relação direta entre o nível de escolaridade/ocupações com um maior risco de comportamentos negativos, tendo as gestantes com o maior nível de escolaridade, apresentado hábitos de vida semelhantes aos das mulheres que não haviam concluído o nível fundamental.

Além da escolaridade, outras variáveis sociodemográficas, e também clínicas, podem ser relacionadas aos padrões alimentares, tais como: idade, ocupação, renda familiar, estado civil, antecedentes obstétricos e classificação nutricional. Deste modo, mulheres mais jovens, solteiras, desempregadas, de baixa renda, com maior paridade ou excesso de peso pré-gravídico, estão mais propensas a escolhas alimentares inadequadas (CASTRO et al., 2016; HOFFMANN et al., 2013; NORTHSTONE; EMMETT; ROGERS, 2008; WALL et al., 2016). Dentre esses fatores citados, apenas o peso pré-gravídico excessivo e a maior paridade foram características associadas a um maior risco de comportamentos alimentares negativos nesse estudo.

O estabelecimento da associação entre maior paridade e padrões alimentares inadequados e inatividade física também condiz com o estudo de Heery et al. (2013), que aponta um aumento das exigências de tempo em uma segunda gravidez dificultando práticas de vida saudáveis. Nesse sentido, para aumentar o nível de exercício entre as mulheres multíparas, devem ser estimuladas atividades que permitam a gestão pessoal do tempo e flexibilidade em termos de lugar e tipo de atividade (GASTON; CRAMP, 2011).

Em relação à atividade física, há uma clara evidência de padrões sociais associados à prática e motivação para a adesão durante a gestação, sendo mais ativas as mulheres mais jovens, com nível superior e renda, brancas, que não possuem filhos, e que não apresentam sobrepeso ou obesidade (BROBERG et al., 2015; GASTON; CRAMP, 2011; HAAKSTAD; VOLDNER; BØ, 2013).

Esta associação com o diagnóstico nutricional corrobora com o estudo de Schlaff et al. (2014) que identificou que mulheres com sobrepeso são mais propensas a ter um ganho de peso gestacional elevado, o que pode associar-se à maior inatividade física entre estas. Haakstad, Voldner e Bø (2013), apontam ainda que menos mulheres com um alto IMC pré-gravídico relataram estar regularmente ativas durante a gravidez, presumindo-se que este grupo é menos propenso a se adaptar e manter os níveis recomendados de atividade física.

No entanto, os achados nesse estudo também se mostraram contrários à essas características, visto que as mulheres-gestantes que aderiram ao comportamento de atividade física, apresentaram perfis variáveis quanto à idade, escolaridade e paridade. Além disso, as três gestantes que apresentavam sobrepeso ou obesidade pertenciam a esse grupo.

Com relação ao ganho de peso gestacional, os resultados encontrados no estudo de Haakstad, Voldner e Bø (2013), que indicaram que a maioria das participantes ganhou peso acima das recomendações, não corroboram com os achados entre as mulheres-gestantes desse estudo, que predominantemente apresentaram o ganho ponderal dentro da faixa recomendada.

Essa divergência pode sugerir a contribuição do plano de ação para a modificação da dieta e/ou atividade física, comportamentos que promovem o ganho de peso adequado, visto que os resultados de uma revisão sistemática apontaram que as intervenções baseadas na definição de metas parecem ser uma importante fonte de motivação humana, mostrando-se úteis para ajudar as mulheres a modificarem seus comportamentos e atingirem o ganho de peso ideal durante a gravidez (BROWN et al. 2012).

Por outro lado, o fato de entre as três gestantes que obtiveram um ganho de peso gestacional excessivo, duas encontrarem-se na faixa de obesidade, condiz com o estudo de Schlaff et al. (2014) que indica que as mulheres com sobrepeso são mais propensas a ter um alto ganho de peso gestacional do que aquelas que se encontram com o peso adequado.

O estilo de vida é a forma pela qual os indivíduos ou grupos experienciam o viver e constitui-se por um conjunto de padrões de comportamentos ou hábitos que estão relacionados diretamente à saúde, com objetivo de favorecer o bem-estar e desenvolvimento do ser humano, contudo podem favorecer situações de risco para a ocorrência de doenças (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2014).

Os comportamentos prévios relacionados ao estilo de vida agem em combinação com um conjunto vasto de fatores pessoais e produzem efeitos diretos e indiretos sobre a adoção de condutas de saúde (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2014). Na gestação, por exemplo, as mulheres que tendem a cumprir as recomendações para a prática de exercício físico são aquelas que apresentavam comportamento ativo antes de engravidar e, aquelas que apresentavam hábitos alimentares pouco saudáveis frequentemente não têm intenção de modificar seus comportamentos de atividade física (BROBERG et al., 2015; GASTON; CRAMP, 2011; HAAKSTAD; VOLDNER; BØ, 2013).

Foi evidente durante a aplicação da TMPS no pré-natal, a influência que o comportamento anterior exerce sobre a ação para adoção de um comportamento saudável, visto que no quesito atividade física, todas as mulheres que apresentaram comportamento ativo na avaliação final do plano haviam relatado prática atual ou anterior à gestação no levantamento de dados.

Os resultados de Gaston e Cramp (2011), também apoiam esse achado, confirmando que as mulheres que estão acostumadas a se exercitarem antes da gravidez são mais propensas a manter esse hábito, e que aquelas que não estavam fisicamente ativas no período pré-gestacional tendem a não começar durante a gravidez.

Assim, considera-se que as gestantes devem ser avaliadas de forma abrangente no pré-natal, de modo que seus comportamentos anteriores sejam identificados através de uma anamnese detalhada e sirvam de base para o diagnóstico e planejamento das ações de promoção da saúde (GOKYILDIZ et al., 2014).

Ainda quanto à prática de atividade física, foi preponderante entre as mulheres grávidas o comportamento sedentário, o que vai ao encontro dos resultados de uma revisão da literatura sobre exercício durante a gravidez, que indicaram que as mulheres grávidas são menos ativas do que as mulheres não grávidas e que a gravidez leva a uma diminuição da prática de atividade física (GASTON; CRAMP, 2011). Di Fabio et al. (2015) também afirmam que as mulheres grávidas passam a maior parte do seu dia em comportamento sedentário e nos estudos de Amezcua-Prieto et al. (2013), Haakstad et al. (2013) e Joy, Mottola e Chambliss (2013), poucas mulheres seguiram as recomendações de exercício, do mesmo modo que ocorreu durante a aplicação da TMPS de Nola Pender.

A adesão ao exercício durante a gestação pode ser mais difícil, pois há entre as mulheres, seus médicos e cuidadores receios e dúvidas quanto à segurança da sua prática, necessitando de esclarecimentos objetivos e incentivos permanentes (NASCIMENTO et al. (2014).

Gaston e Cramp (2011), afirmam, ainda, que a prática de exercício físico regular é um hábito desafiador mesmo para a população geral, e que a gravidez apresenta novos desafios para a adoção desse comportamento promotor da saúde, que já é difícil. Essa afirmação condiz com o que foi observado nas falas das mulheres-gestantes que participaram desse estudo, que relataram a interrupção da atividade física após a gestação e ainda relacionavam algumas condições gravídicas ao comportamento sedentário adotado.

No geral, o melhor período para a prática de exercícios é no segundo trimestre, tendo em vista que o início da gravidez pode ser uma fase delicada com relação a desconfortos como náuseas e vômito, além de sonolência e indisposição, dificultando a disposição e aderência a esse comportamento de saúde. Além disso, no terceiro trimestre a gestante naturalmente tende a diminuir a intensidade dos exercícios em função do aumento de peso corporal e outros desconfortos e limitações (NASCIMENTO et al, 2014).

Com isso, foi apontado no estudo Hegaard et al (2012) um aumento do comportamento sedentário no terceiro trimestre de gravidez em relação ao relatado no período pré-gestacional. Poston et al. (2013), também identificaram que o desconforto físico e as barreiras sustentadas à atividade física eram comuns às 28 semanas de gestação. Em contrapartida, o estudo de Santos et al. (2014), indicou que não houve diferenças entre os trimestres quanto ao cumprimento das recomendações para a prática de atividade física e que as barreiras percebidas foram semelhantes em todo o período gestacional.

Apesar de ter sido verificado, nos resultados da aplicação da TMPS de Nola Pender no pré-natal, um aumento do comportamento de atividade física no terceiro trimestre, quando comparada à pré-gestacional, nesse período também pôde ser observado nos relatos das mulheres-gestantes que aderiram ao comportamento ativo ao longo da gravidez, uma diminuição nos níveis de atividade física neste período gestacional.

Segundo Coutinho et al. (2014), com a gravidez, a mulher passa a ter mais cuidado consigo própria, procurando adotar comportamentos mais saudáveis e evitar a exposição a perigos, como por exemplo o consumo de tabaco. Essa afirmação vai ao encontro das

informações apresentadas pelas participantes dessa pesquisa, onde uma delas chegou a relatar interrupção do vício perante diagnóstico gestacional, outras afirmaram que procuraram se proteger da exposição passiva aos compostos de tabaco e outra gestante diminuiu significativamente o número de cigarros diários.

Fatores associados a continuar a fumar durante a gravidez incluem gravidez não planejada (MURPHY et al., 2013). Essa associação é compatível com os achados desse estudo, uma vez que a gestante que manteve o hábito de tabagismo não havia planejado engravidar, enquanto que aquela que cessou esse comportamento encontrava-se em uma gestação planejada.

No que se refere à alimentação, esta mudança de hábitos perante a gravidez evidenciase, por um lado nos desejos da mulher grávida, e por outro, na preocupação com uma alimentação saudável para ambos (COUTINHO et al., 2014). De acordo com Szwajcer et al. (2012), a gravidez pode realmente ser um evento na vida de uma mulher que provoca aumento da consciência nutrição e Poston et al. (2013), sugerem maior potencial para mudança na ingestão dietética do que para mudança na atividade física. Essas informações devem ser levadas em consideração quando atividades de promoção da nutrição saudável estão sendo desenvolvidas.

Os achados referentes aos comportamentos alimentares e nutricionais das mulheres-gestantes também estão de acordo com essa concepção, visto que, apesar da presença de desejos gravídicos, hábitos e preferências pessoais, todas as mulheres relataram mudanças positivas em seus comportamentos nesse quesito. Contudo, a principal dificuldade apresentada pelas gestantes se relacionou com o consumo de frutas e verduras, apresentando semelhança com o estudo de Kominarek (2014), onde menos de 50% das participantes consumiram esses alimentos diariamente.

Além da identificação do comportamento prévio a ser mudado, é necessário levantar dados acerca dos fatores que influenciam a adoção de um comportamento saudável, como as barreiras, benefícios e autoeficácia percebidas para a ação, as influências pessoais e situacionais e as demandas competitivas e preferências surgidas ao longo da implementação, de forma que o profissional de saúde possa fornecer orientações e elaborar conjuntamente estratégias que possam superar tais obstáculos.

Para Nola Pender, as pessoas comprometem-se a adotar comportamentos dos quais advêm benefícios subsequentes (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2014). Por exemplo, conforme indicam o Ministério da Saúde (2013) e Koletzko et al. (2013), refeições regulares são desejáveis durante a gestação e ajudam a prevenir ou diminuir desconfortos gravídicos, porém, por desconhecerem essa informação, muitas mulheres tendem a não se alimentarem em razão desses desconfortos sentidos. Ao serem instruídas e perceberem os benefícios obtidos quando passam a se alimentar regularmente, as gestantes apresentam uma maior disposição para a prática saudável, como foi possível observar nesse estudo.

Os benefícios e barreiras percebidas pelas gestantes para a adoção de comportamentos promotores da saúde foram semelhantes aos resultados obtidos no estudo de Han et al. (2015), onde os principais benefícios citados pelas mulheres como motivadores à realização de mudanças de estilo de vida foram a promoção de seu bem-estar e a saúde do seu bebê, e as barreiras mencionadas relacionavam-se ao cansaço ou mal-estar físico.

Outras barreiras identificadas no estudo para a adoção de comportamentos de atividade física e alimentação saudáveis foram mencionadas por Chang et al. (2015), que constataram que as gestantes não eram fisicamente ativas por causa do cansaço, falta de motivação, apoio social inadequado, ou mau tempo, e relataram o desejo por alimentos não saudáveis como um desafio que dificultou a adoção do comportamento de alimentação recomendado.

Como uma forma de transpor as dificuldades apresentadas pelas gestantes para a prática de atividade física, Bisson et al. (2015) sugerem um programa de exercício supervisionado, que aumenta a adesão ao comportamento ativo e atenua o decréscimo nos níveis de atividade física observado no final da gravidez.

Por fim, de acordo com os pressupostos da TMPS, e conforme pôde ser observado no estudo, as gestantes são capazes de modificar conhecimentos, sentimentos e relações interpessoais, para criar estímulos para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, cabendo à enfermagem assumir um compromisso com a mulher durante a atenção pré-natal, corresponsabilizando-a pelo seu processo saúde-doença e procurando controlar os

determinantes dos comportamentos de saúde, criando condições favoráveis para a pessoa atingir um elevado nível de bem-estar (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2014).

6 CONCLUSÃO

Essa dissertação de mestrado teve como objetivo analisar a aplicação da Teoria Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender no pré-natal através do Processo de Enfermagem, a fim de responder a seguinte questão norteadora: A TMPS de Nola Pender configura-se como uma possibilidade de reorientação da prática de assistência de enfermagem no pré-natal?

Utilizando o PE como ferramenta para a aplicação da TMPS, verificou-se que a primeira fase, correspondente ao levantamento de dados, iniciou com uma investigação referente às características e experiências pessoais (primeiro componente da TMPS), sendo possível neste momento, reconhecer hábitos que ameaçam a saúde gestacional, que estiveram predominantemente relacionados aos padrões alimentares e nutricionais, à prática de atividade física na gestação e à exposição aos compostos de tabaco, e identificar os comportamentos de saúde que necessitam serem assumidos pela mulher na gestação, dando início à fase de elaboração dos diagnósticos de enfermagem.

No desdobramento dessas duas fases, também ocorreu o levantamento de informações e a determinação de diagnósticos de enfermagem referentes aos sentimentos e conhecimento da gestante acerca dos comportamentos promotores de saúde (segundo componente da TMPS), que por sua vez, ofereceram suporte à terceira fase do PE, possibilitando o planejamento de uma assistência de enfermagem individualizada, que valoriza a singularidade de cada mulher, respeitando-a em sua autonomia e capacidade para assumir um compromisso com o plano de ação (elemento do terceiro componente da TMPS).

Mesmo durante a implementação, quarta fase do PE, o levantamento de dados e estabelecimento de diagnósticos de enfermagem era recorrente, permitindo a investigação acerca das demandas competitivas imediatas e preferências (elemento do terceiro componente da TMPS). A execução da última fase do PE, referente à avaliação dos comportamentos promotores da saúde assumidos pela mulher (último elemento do terceiro componente da TMPS), também se deu simultaneamente à implementação do plano de ação, mostrando que o PE não é estático em si mesmo, mas sim, parte de uma avaliação processual contínua, que objetiva identificar a necessidade de ajustes ou de reforço durante o processo de modificação dos comportamentos.

Desse modo, com base no que foi apresentado, é possível afirmar que a natureza dinâmica do PE é propícia à aplicação da TMPS no pré-natal, tornando possível o levantamento, elaboração de diagnósticos, planejamento, intervenção e avaliação dos comportamentos de saúde que necessitam serem assumidos pela mulher na gestação.

A avaliação final da aplicação da TMPS de Nola Pender no pré-natal, indicou que apesar das barreiras percebidas para a ação, das influências pessoais e situacionais negativas e das demandas competitivas e preferências, as mulheres-gestantes foram capazes de modificar seus hábitos e assumir comportamentos promotores da saúde, demonstrando que este modelo teórico se configura como uma possibilidade de reorientação da prática de assistência de enfermagem no pré-natal.

Assim, esta pesquisa permitiu apresentar aos enfermeiros os resultados da aplicação da TMPS de Nola Pender no pré-natal através do PE, estabelecendo uma atenção pré-natal que se configura no contexto da atenção integral à saúde da mulher, e direciona suas ações à promoção da saúde, as organizando de modo a atender às reais necessidades e possibilidades de cada mulher-gestante.

Cabe ainda, ressaltar a relevância da utilização de uma teoria de enfermagem para a valorização da profissão como ciência, esperando-se que os enfermeiros se apropriem dessa fundamentação em sua prática assistencial. Nesse estudo, a aliança entre as ações de cuidado da enfermagem e o seu próprio conhecimento científico demonstrou o potencial transformador da atuação do enfermeiro na atenção pré-natal para além de condutas e técnicas de rotina pré-estabelecidas, com vistas à promoção de comportamentos saudáveis para a mulher-gestante.

REFERÊNCIAS

- ABEDI, P. et al. The relationship of serum vitamin D with pre-eclampsia in the Iranian women. **Matern Child Nutr**, v. 10, n. 2, p. 206-212, abr. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1111/mcn.12058>>. Acesso em: 15 set. 2016.
- ALLEN, R. et al. Effect of diet- and lifestyle-based metabolic risk-modifying interventions on preeclampsia: a meta-analysis. **Acta Obstet Gynecol Scand**, v. 93, n. 10, p. 973-985, out. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1111/aogs.12467>>. Acesso em: 13 set. 2016.
- ALVES, C. N. et al. Cuidado pré-natal e cultura: uma interface na atuação da enfermagem. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 265-271, abr./jun. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150035>>. Acesso em: 30 ago. 2016.
- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG). Committee Opinion No. 650: Physical Activity and Exercise During Pregnancy and the Postpartum Period. **Obstet Gynecol**, v. 126, n. 6, p. e135-e142, dez. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1097/AOG.0000000000001214>>. Acesso em: 27 set. 2016.
- AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE (ACSM). **Diretrizes do ACSM para os testes de esforço e sua prescrição**. 9 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2014.
- ANDRADE, F. R.; NARVAI, P. C. Population surveys as management tools and health care models. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. Supl.3, p. 154-160, d./dez. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004447>>. Acesso em: 07 jan. 2017.
- ARIZABALETA, A. V. M. et al. Aerobic exercise during pregnancy improves health-related quality of life: a randomised trial. **J Physiother**, v. 56, n. 4, p. 253-258, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21091415>>. Acesso em: 18 set. 2016.
- AUNE, D. et al. Physical activity and the risk of gestational diabetes mellitus: a systematic review and dose-response meta-analysis of epidemiological studies. **Eur J Epidemiol**, v. 31, p. 967-997, ago. 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1007/s10654-016-0176-0>>. Acesso em: 22 set. 2016.
- BABBAR, S.; PARKS-SAVAGE, A. C.; CHAUHAN, S. P. Yoga during pregnancy: A review. **American Journal of Perinatology**, v. 29, n. 6, p. 459-464, 2012. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1055/s-0032-1.304.828>>. Acesso em: 18 set. 2016.
- BALÁZS, P. et al. Risk factors of preterm birth and low birth weight babies among Roma and non-Roma mothers: a population-based study. **Eur J Public Health**, v. 23, n. 3, p. 480-485, jun. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/cks089>>. Acesso em: 19 set. 2016.
- BARAKAT, R. et al. Exercise during pregnancy reduces the rate of cesarean and instrumental deliveries: results of a randomized controlled trial. **J Matern Fetal Neonatal Med**, v. 25, n. 11, p. 2372-2376, nov. 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.3109/14767058.2012.696165>>. Acesso em: 27 set. 2016.

BARNUM, B. J. S. **Nursing theory**: analysis, application, evaluation. 5 ed. New York: Lippincott, 1998.

BARRETO, C. N. et al. Atenção pré-natal na voz das gestantes. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v. 7, n. 5, p. 4354-4363, jun. 2013. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/4355/pdf_2724>. Acesso em: 26 ago. 2016.

BISSON, M. et al. A 12-Week Exercise Program for Pregnant Women with Obesity to Improve Physical Activity Levels: An Open Randomised Preliminary Study. *PLoS One.*, v. 10, n. 9, p. e0137742, set. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0137742>>. Acesso em: 30 jan. 2017.

BOGAERTS, A. F. L. et al. Effects of lifestyle intervention in obese pregnant women on gestational weight gain and mental health: a randomized controlled trial. **International Journal of Obesity**, v. 37, p. 814-821, jun. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1038/ijo.2012.162>>. Acesso em: 18 set. 2016.

BRASIL. **Decreto nº 94.406**, de 8 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União; 1987. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/D94406.htm>. Acesso em: 09 jan. 2017.

BRASIL. **Lei nº 7.498**, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União; 1986. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm>. Acesso em: 09 jan. 2017.

BRASIL, Ministério Da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**: cadernos de atenção básica, nº 32. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 318 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2016.

BRASIL, Ministério Da Saúde. **Guia prático do programa saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 67 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/guia_pratico_saude_familia_psf1.pdf>. Acesso em: 17 set. 2016.

BRASIL, Ministério Da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento**: Caderno humanizausus. Universidade Estadual do Ceará - Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 465p. Disponível em: <http://www.redehumanizausus.net/sites/default/files/caderno_humanizausus_v4_humanizacao_parto.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2016.

BRASIL, Ministério Da Saúde. **Protocolos da atenção básica**: Saúde das Mulheres. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 230 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf>. Acesso em: 07 set. 2016.

BRASIL, Ministério Da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BROBERG, L. et al. Compliance with national recommendations for exercise during early pregnancy in a Danish cohort. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 15, n. 317, p. 1-8, nov. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1186/s12884-015-0756-0>>. Acesso em: 10 out. 2016.

BROWN, M. J. et al. A systematic review investigating healthy lifestyle interventions incorporating goal setting strategies for preventing excess gestational weight gain.. **PLoS One**, v. 7, n. 7, p. e39503, jul. 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0039503>>. Acesso em: 31 jan. 2017.

BUSANELLO, J. et al. Woman's participation in the decision process of the pregnancy and puerperal cycle: nursing care integrative review. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 32, n. 4, p. 807-814, dez. 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22299285>>. Acesso em: 30 ago. 2016.

CAPRA, L. et al. The origins of health and disease: the influence of maternal diseases and lifestyle during gestation. **Ital J Pediatr**, v. 39, n. 7, p. 1-12, jan. 2013. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1186/1824-7288-39-7>>. Acesso em: 20 set. 2016.

CASTRO, M. B. T. et al. Sociodemographic characteristics determine dietary pattern adherence during pregnancy. **Public Health Nutr.**, v. 19, n. 7, p. 1245-1251, mai. 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1017/S1368980015002700>>. Acesso em: 06 out. 2016.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **Measuring physical activity intensity**. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/physicalactivity/basics/measuring/>>. Acesso em: 27 set. 2016.

CHANG, M. W. et al. I am pregnant and want to do better but i can't: focus groups with low-income overweight and obese pregnant women.. **Matern Child Health J.**, v. 19, n. 5, p. 1060-1070, mai. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1007/s10995-014-1605-x>>. Acesso em: 31 jan. 2017.

CHARLESWORTH, S. et al. Evidence-based risk assessment and recommendations for physical activity clearance: pregnancy. **Appl. Physiol. Nutr. Metab**, v. 36, n. 1, p. 33-48, jul. 2011. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1139/h11-061>>. Acesso em: 18 set. 2016.

CHEN, Y. C. et al. Environmental factors associated with overweight and obesity in taiwanese children. **Paediatr Perinat Epidemiol**, v. 26, n. 6, p. 561-571, nov. 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1111/ppe.12001>>. Acesso em: 21 set. 2016.

CHINN, P. L.; KRAMER, M. K. **Theory and nursing: a systematic approach**. 5 ed. Saint Louis: Mosby, 1995.

CHORTATOS, A. et al. Nausea and vomiting in pregnancy: associations with maternal gestational diet and lifestyle factors in the Norwegian Mother and Child Cohort Study. **BJOG**, v. 120, n. 13, p. 1642-1653, dez. 2013. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1111/1471-0528.12406>>. Acesso em: 16 set. 2016.

CLAESSON, I. M.; JOSEFSSON, A.; SYDSJÖ, G. Weight six years after childbirth: a follow-up of obese women in a weight-gain restriction programme. **Midwifery**, v. 30, n. 5, p. 506-511, mai. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2013.06.009>>. Acesso em: 19 set. 2016.

COFEN – CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 358/2009**, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União; 2009. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 09 jan. 2017.

COOPER, D. L.; PETHERICK, E. S.; WRIGHT, J. Lifestyle related risk factors in a multi-ethnic cohort of pregnant women: preliminary results from the Born in Bradford study. **Public Health**, v. 127, n. 11, p. 1034–1037, nov. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.puhe.2013.07.009>>. Acesso em: 26 ago. 2016.

CORDERO, Y. et al. Exercise Is Associated with a Reduction in Gestational Diabetes Mellitus. **Medicine & Science in Sports & Exercise**, v. 47, n. 7, p. 1328–1333, jul. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1249/MSS.0000000000000547>>. Acesso em: 23 set. 2016.

COUTINHO, E. C. et al. Pregnancy and childbirth: What changes in the lifestyle of women who become mothers?. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 48, n. Esp2, p. 17-24, dez. 2014. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000800004>>. Acesso em: 07 set. 2016.

DE BRUYNE, P.; HERMAN, J.; SCHOUTEETE, M. **Dinâmica da pesquisa em ciências sociais**. 5 ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1991.

DE LUCCA, L. et al. Talk test como método para controle da intensidade de exercício. **Rev. bras. cinesantropom. desempenho hum.**, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 114-124, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5007/1980-0037.2012v14n1p114>>. Acesso em: 27 set. 2016.

DEIERLEIN, A. L.; SIEGA-RIZ, A. M.; EVENSON, K. R.. Physical Activity During Pregnancy and Risk of Hyperglycemia. **Journal of Women's Health**, v. 21, n. 7, p. 769-775, jul. 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1089/jwh.2011.3361>>. Acesso em: 17 set. 2016.

DI FABIO, D. R. et al. Adherence to physical activity guidelines in mid-pregnancy does not reduce sedentary time: an observational study. **Int J Behav Nutr Phys Act.**, v. 12, n. 27, p. 1-8, fev. 2015. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1186/s12966-015-0191-7>>. Acesso em: 30 jan. 2017.

DODD, J. M. Dietary and lifestyle advice for pregnant women who are overweight or obese: the LIMIT randomized trial. **Ann Nutr Metab**, v. 64, n. 3, p. 197-202, out. 2014. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1159/000365018>>. Acesso em: 20 set. 2016.

DODD, J. M. Pregnancy: Managing obesity during pregnancy-what are the options?. **Nat Rev Endocrinol**, v. 11, n. 12, p. 691-692, dez. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1038/nrendo.2015.141>>. Acesso em: 08 set. 2016.

DODD, J. M. et al. Maternal and perinatal health outcomes by body mass index category. **Aust N Z J Obstet Gynaecol**, v. 51, n. 2, p. 136-140, abr. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1111/j.1479-828X.2010.01272.x>>. Acesso em: 25 set. 2016.

DODD, J. M. et al. The effects of antenatal dietary and lifestyle advice for women who are overweight or obese on maternal diet and physical activity: the LIMIT randomised trial. **BMC Med**, v. 12, n. 161, p. 1-19, out. 2014a. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1186/s12916-014-0161-y>>. Acesso em: 08 set. 2016.

DODD, J. M. et al. The effects of antenatal dietary and lifestyle advice for women who are overweight or obese on neonatal health outcomes: the LIMIT randomised trial. **BMC Med**, v. 12, n. 163, p. 1-9, out. 2014b. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1186/s12916-014-0163-9>>. Acesso em: 21 set. 2016.

DONNELLY, J. M. et al. Impact of maternal diet on neonatal anthropometry: a randomized controlled trial. **Pediatr Obes**, v. 10, n. 1, p. 52-56, fev. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1111/j.2047-6310.2013.00216.x>>. Acesso em: 27 set. 2016.

DUARTE, S. J. H.; ALMEIDA, E. P. O papel do enfermeiro do programa saúde da família no atendimento pré-natal. **Rev. enferm. Cent.-Oeste Min**, v. 4, n. 1, p. 1029-1035, jan./abr. 2014. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/bde-26615>>. Acesso em: 03 set. 2016.

DUARTE, S. J. H.; MAMEDE, M. V. Ações do pré-natal realizadas pela equipe de enfermagem na atenção primária à saúde, Cuiabá. **Cienc. enferm**, v. 19, n. 1, p. 117-129, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532013000100011>>. Acesso em: 03 set. 2016.

FACCHINETTI, F. et al. Dietary interventions, lifestyle changes, and dietary supplements in preventing gestational diabetes mellitus: a literature review. **Obstet Gynecol Surv**, v. 69, n. 11, p. 669-680, n./nov. 2014. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1097/OGX.0000000000000121>>. Acesso em: 19 set. 2016.

FENG, Y. et al. Maternal lifestyle factors in pregnancy and congenital heart defects in offspring: review of the current evidence. **Ital J Pediatr**, v. 40, n. 85, p. 1-7, n./nov. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1186/s13052-014-0085-3>>. Acesso em: 20 set. 2016.

FERNANDES, B. M.; ANDRADE, A. M.; RIBEIRO, L. C. Avaliação do pré-natal de risco habitual realizado por enfermeiras obstetras de uma casa de parto. **Rev. enferm. Cent.-Oeste Min**, v. 1, n. 1, p. 17-29, jan./mar. 2011. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/bde-24433>>. Acesso em: 03 set. 2016.

FERTONANI, H. P. et al. The health care model: concepts and challenges for primary health care in Brazil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, jun. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015206.13272014>>. Acesso em: 06 jan. 2017.

FIELD, T. Prenatal depression effects on early development: A review. **Infant Behavior and Development**, v. 34, n. 1, p. 1-14, fev. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.infbeh.2010.09.008>>. Acesso em: 19 set. 2016.

FORTNER, R. T. et al. Physical Activity and Hypertensive Disorders of Pregnancy among Hispanic Women. **Medicine & Science in Sports & Exercise**, v. 43, n. 4, p. 639-646, abr. 2011. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1249/MSS.0b013e3181f58d3e>>. Acesso em: 18 set. 2016.

FOXCROFT, K. F. et al. Exercise in obese pregnant women: the role of social factors, lifestyle and pregnancy symptoms. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 11, n. 4, p. 1-7, jan. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1186/1471-2393-11-4>>. Acesso em: 17 set. 2016.

FRATTESI, F. F.; CORRÊA JÚNIOR, M. D. Obesidade e complicações gestacionais. **Femina**, v. 38, n. 5, p. 261-264, mai. 2010. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n5/a007.pdf>>. Acesso em: 26 ago. 2016.

GARCIA, T. R. (Org.). **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE®**: versão 2015. Porto Alegre: Artmed, 2016.

GASTON, A.; CRAMP, A. Exercise during pregnancy: A review of patterns and determinants. **J Sci Med Sport.**, v. 14, n. 4, p. 299-305, jul. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.jsams.2011.02.006>>. Acesso em: 07 out. 2016.

GESELL, S. B. et al. Feasibility and Initial Efficacy Evaluation of a Community-Based Cognitive-Behavioral Lifestyle Intervention to Prevent Excessive Weight Gain During Pregnancy in Latina Women. **Matern Child Health J.**, v. 19, n. 8, p. 1842-1852, ago. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1007/s10995-015-1698-x>>. Acesso em: 22 set. 2016.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOKYILDIZ, S. et al. Health-promoting lifestyle behaviours in pregnant women in Turkey. **Int J Nurs Pract.**, v. 20, n. 4, p. 390-397, ago. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1111/ijn.12187>>. Acesso em: 01 out. 2016.

GUELINCKX, I. et al. Effect of lifestyle intervention on dietary habits, physical activity, and gestational weight gain in obese pregnant women: a randomized controlled trial. **Am J Clin Nutr.**, v. 91, n. 2, p. 373-380, fev. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.3945/ajcn.2009.28166>>. Acesso em: 08 set. 2016.

GUERREIRO, E. M. et al. O cuidado pré-natal na atenção básica de saúde sob o olhar de gestantes e enfermeiros. **REME rev. min. enferm**, v. 16, n. 3, p. 315-323, jul./set. 2012. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/lil-667073>>. Acesso em: 01 set. 2016.

HAAKSTAD, L. A. H.; VOLDNER, N.; BØ, K. Stages of Change Model for Participation in Physical Activity during Pregnancy. **Journal of Pregnancy**, v. 2013, ID. 193170, p. 1-7, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1155/2013/193170>>. Acesso em: 08 set. 2016.

HAN, S. et al. Women's Views on Their Diagnosis and Management for Borderline Gestational Diabetes Mellitus. **Journal of Diabetes Research**, v. 2015, n. ID 209215, p. 1-9, jan. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1155/2015/209215>>. Acesso em: 30 jan. 2017.

HANLEY, B. et al. Metabolic imprinting, programming and epigenetics – a review of present priorities and future opportunities. **Br J Nutr**, v. 104, n. 1, p. 1-25, jul. 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1017/S0007114510003338>>. Acesso em: 20 set. 2016.

HARRISON, C. L. et al. Optimizing healthy gestational weight gain in women at high risk of gestational diabetes: a randomized controlled trial. **Obesity**, v. 21, n. 5, p. 904-909, mai. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1002/oby.20163>>. Acesso em: 22 set. 2016.

HARRISON, C. L.; LOMBARD, C. B.; TEEDE, H. J. Limiting postpartum weight retention through early antenatal intervention: the HeLP-her randomised controlled trial. **Int J Behav Nutr Phys Act**, v. 11, n. 134, p. 1-8, out. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1186/s12966-014-0134-8>>. Acesso em: 20 set. 2016.

HEERY, E. et al. Perspectives on weight gain and lifestyle practices during pregnancy among women with a history of macrosomia: a qualitative study in the Republic of Ireland. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 13, n. 202, p. 1-10, ago./nov. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1186/1471-2393-13-202>>. Acesso em: 07 out. 2016.

HEGAARD, H. K. et al. Sports and Leisure Time Physical Activity During Pregnancy in Nulliparous Women. **Matern Child Health J.**, v. 15, n. 6, p. 806-813, ago. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1007/s10995-010-0647-y>>. Acesso em: 30 jan. 2017.

HERNÁNDEZ, B.; MARÍA, A. Reflexiones sobre la calidad del cuidado de enfermería en el control prenatal. **Cult. cuid. enferm**, v. 9, n. 1, p. 55-61, jun. 2012. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/lil-663351>>. Acesso em: 01 set. 2016.

HERRING, S. J. et al. Determinants of excessive gestational weight gain in urban, low-income women. **Womens Health Issues**, v. 22, n. 5, p. 439-446, set. 2012. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1016/j.whi.2012.05.004>>. Acesso em: 21 set. 2016.

HIGDON, J. V.; FREI, B. Coffee and health: a review of recent human research. **Crit Rev Food Sci Nutr**, v. 46, n. 2, p. 101-123, dez. 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1080/10408390500400009>>. Acesso em: 30 set. 2016.

HOFFMANN, J. F. et al. Dietary patterns during pregnancy and the association with sociodemographic characteristics among women attending general practices in southern Brazil: the ECCAGE Study. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, p. 970-980, mai. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000500014>>. Acesso em: 05 out. 2016.

HORAN, M. K. et al. Maternal diet and weight at 3 months postpartum following a pregnancy intervention with a low glycaemic index diet: results from the ROLO randomised control trial. **Nutrients**, v. 6, n. 7, p. 2946-2955, jul. 2014a. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.3390/nu6072946>>. Acesso em: 20 set. 2016.

HORAN, M. K. et al. Maternal low glycaemic index diet, fat intake and postprandial glucose influences neonatal adiposity--secondary analysis from the ROLO study. **Nutr J**, v. 13, n. 78, p. 1-12, ago. 2014b. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1186/1475-2891-13-78>>. Acesso em: 24 set. 2016.

HORAN, M. K. et al. Well-being in pregnancy: an examination of the effect of socioeconomic, dietary and lifestyle factors including impact of a low glycaemic index dietary intervention.. **Eur J Clin Nutr**, v. 68, n. 1, p. 19-24, jan. 2014c. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1038/ejcn.2013.212>>. Acesso em: 19 set. 2016.

HOWE, L. D. et al. Maternal smoking during pregnancy and offspring trajectories of height and adiposity: comparing maternal and paternal associations. **Int J Epidemiol**, v. 41, n. 3, p. 722-732, jun. 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3396309/>>. Acesso em: 19 set. 2016.

HUI, A. L. et al. Effects of lifestyle intervention on dietary intake, physical activity level, and gestational weight gain in pregnant women with different pre-pregnancy Body Mass Index in a randomized control trial. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 14, n. 331, p. 1-9, s./set. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1186/1471-2393-14-331>>. Acesso em: 23 set. 2016.

HUI, A. et al. Lifestyle intervention on diet and exercise reduced excessive gestational weight gain in pregnant women under a randomised controlled trial. **BJOG**, v. 119, n. 1, p. 70-77, jan. 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-0528.2011.03184.x>>. Acesso em: 08 set. 2016.

ICN - INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. **Icnp® definition**. Disponível em: <<http://www.icn.ch/what-we-do/definition-a-elements-of-icnpr/>>. Acesso em: 05 jan. 2017a.

ICN - INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. **Vision, goals & benefits of icnp®**. Disponível em: <<http://www.icn.ch/what-we-do/vision-goals-a-benefits-of-icnpr/>>. Acesso em: 05 jan. 2017b.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Cidades: satuba**. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/v3/cidades/municipio/2708907>>. Acesso em: 11 dez. 2016.

JACKSON, R. A. et al. Improving diet and exercise in pregnancy with Video Doctor counseling: A randomized trial. **Patient Education and Counseling**, v. 83, n. 2, p. 203-209, mai. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2010.05.019>>. Acesso em: 09 set. 2016.

JAVID, F. M. et al. Comparison of Lifestyles of Women With Gestational Diabetes and Healthy Pregnant Women. **Glob J Health Sci**, v. 7, n. 2, p. 162-169, mar. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5539/gjhs.v7n2p162>>. Acesso em: 19 set. 2016.

JENNIFER, W. et al. A randomised control trial of low glycaemic index carbohydrate diet versus no dietary intervention in the prevention of recurrence of macrosomia. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 10, n. 16, p. 1-3, abr. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1186/1471-2393-10-16>>. Acesso em: 24 set. 2016.

JOY, E. A.; MOTTOLA, M. F.; CHAMBLISS, H. Integrating exercise is medicine® into the care of pregnant women. **Curr Sports Med Rep**, v. 12, n. 4, p. 245-247, jul./ago. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1249/JSR.0b013e31829a6f7e>>. Acesso em: 18 set. 2016.

KELISHADI, R; POURSAFA, P. A Review on the Genetic, Environmental, and Lifestyle Aspects of the Early-Life Origins of Cardiovascular Disease. **Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care**, v. 44, n. 3, p. 54-72, mar. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.cpped.2013.12.005>>. Acesso em: 21 set. 2016.

KIRKEGAARD, H. et al. Maternal weight change from prepregnancy to 7 years postpartum--the influence of behavioral factors. **Obesity**, v. 23, n. 4, p. 870-878, abr. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1002/oby.21022>>. Acesso em: 20 set. 2016.

KNUDSEN, V. K. et al. Maternal dietary glycaemic load during pregnancy and gestational weight gain, birth weight and postpartum weight retention: a study within the Danish National Birth Cohort. **Br J Nutr**, v. 109, n. 8, p. 1471-1478, abr. 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1017/S0007114512003443>>. Acesso em: 17 set. 2016.

KOIVUSALO, S. B. et al. Gestational Diabetes Mellitus Can Be Prevented by Lifestyle Intervention: The Finnish Gestational Diabetes Prevention Study (RADIEL): A Randomized Controlled Trial. **Diabetes Care**, v. 39, n. 1, p. 24-30, jan. 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.2337/dc15-0511>>. Acesso em: 22 set. 2016.

KOLETZKO, B. et al. German national consensus recommendations on nutrition and lifestyle in pregnancy by the 'Healthy Start - Young Family Network'. **Ann Nutr Metab**, v. 63, n. 4, p. 311-322, fev. 2013. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1159/000358398>>. Acesso em: 20 set. 2016.

KOMINIAREK, M. A. A survey of health behaviors in minority women in pregnancy: the influence of body mass index. **Womens Health Issues**, v. 24, n. 3, p. e291-e295, mai./jun. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.whi.2014.02.007>>. Acesso em: 30 jan. 2017.

LARRAÑAGA, I. et al. Socio-economic inequalities in health, habits and self-care during pregnancy in Spain. **Matern Child Health J**, v. 17, n. 7, p. 1315-1324, set. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1007/s10995-012-1134-4>>. Acesso em: 01 out. 2016.

LUDWIG, D. S.; CURRIE, J. The Relationship Between Pregnancy Weight Gain and Birth Weight: A Within Family Comparison. **Lancet**, v. 376, n. 9745, p. 984-990, set. 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2974327/>>. Acesso em: 17 set. 2016.

MAEDA, T. C. et al. Importância atribuída por puérperas às atividades desenvolvidas no pré-natal. **Rev. enferm. atenção saúde**, v. 3, n. 2, p. 6-18, jul./dez. 2014. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/bde-26679>>. Acesso em: 07 jan. 2017.

MARTIN, K. E. et al. The influence of maternal BMI and gestational diabetes on pregnancy outcome. **Diabetes Res Clin Pract**, v. 108, n. 3, p. 508-513, jun. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.diabres.2014.12.015>>. Acesso em: 19 set. 2016.

MCCLURE, C. K. et al. Associations between gestational weight gain and BMI, abdominal adiposity, and traditional measures of cardiometabolic risk in mothers 8 y postpartum. **Am J Clin Nutr**, v. 98, n. 5, p. 1218-1225, nov. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.3945/ajcn.112.055772>>. Acesso em: 21 set. 2016.

MCGIVERON, A. et al. Limiting antenatal weight gain improves maternal health outcomes in severely obese pregnant women: findings of a pragmatic evaluation of a midwife-led intervention. **J Hum Nutr Diet**, v. 28, n. 1, p. 29-37, jan. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1111/jhn.12240>>. Acesso em: 20 set. 2016.

MCGOWAN, C. A. et al. The influence of a low glycemic index dietary intervention on maternal dietary intake, glycemic index and gestational weight gain during pregnancy: a randomized controlled trial. **Nutr J**, v. 12, n. 140, p. 1-9, o./out. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1186/1475-2891-12-140>>. Acesso em: 25 set. 2016.

MELEIS, A. I. **Theoretical nursing: development and progress**. 3 ed. Philadelphia: Lippincott, 1997.

MELLADO, C. M.; ÁVILA, I. Y. C. Factores de necesidad asociados al uso adecuado del control prenatal. **Rev Cuid**, v. 7, n. 2, p. 1345-1351, abr. 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.340>>. Acesso em: 26 ago. 2016.

MELTZER, H. M. et al. Effect of dietary factors in pregnancy on risk of pregnancy complications: results from the Norwegian Mother and Child Cohort Study. **Am J Clin Nutr**, v. 94, n. 6 Suppl, p. 1970S-1974S, d./dez. 2011. Disponível em: <http://ajcn.nutrition.org/content/94/6_Suppl/1970S.full>. Acesso em: 30 set. 2016.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13 ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MOURTAKOS, S. P. et al. Maternal lifestyle characteristics during pregnancy, and the risk of obesity in the offspring: a study of 5,125 children. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 15, n. 66, p. 1-8, mar. 2015. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1186/s12884-015-0498-z>>. Acesso em: 22 set. 2016.

MUKTABHANT, B. et al. Diet or exercise, or both, for preventing excessive weight gain in pregnancy. **Cochrane Database Syst Rev**, v. 6, n. CD007145, p. 1-257, jun. 2015. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD007145.pub3>>. Acesso em: 25 set. 2016.

MÜLLER-STAU, M. et al. Testing the Q-DIO as an Instrument to Measure the Documented Quality of Nursing Diagnoses, Interventions, and Outcomes. **Int J Nurs Terminol Classif.**, v. 19, n. 1, p. 20-27, mar. 2008. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1111/j.1744-618X.2007.00075.x>>. Acesso em: 10 jan. 2017.

MURPHY, D. J. et al. Population-based study of smoking behaviour throughout pregnancy and adverse perinatal outcomes. **Int J Environ Res Public Health**, v. 10, n. 9, p. 3855-3867, ago. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.3390/ijerph10093855>>. Acesso em: 20 set. 2016.

MUTSAERTS, M. A. et al. Effects of paternal and maternal lifestyle factors on pregnancy complications and perinatal outcome. A population-based birth-cohort study: the GECKO Drenthe cohort. **Hum Reprod**, v. 29, n. 4, p. 824-834, abr. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1093/humrep/deu006>>. Acesso em: 19 set. 2016.

NASCIMENTO, S. L. et al. Recomendações para a prática de exercício físico na gravidez: uma revisão crítica da literatura. **Rev Bras Ginecol Obstet**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 9, p. 423-431, set. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/SO100-720320140005030>>. Acesso em: 26 ago. 2016.

NASIRI-AMIRI, F. et al. The Association Between Physical Activity During Pregnancy and Gestational Diabetes Mellitus: A Case-Control Study. **Int J Endocrinol Metab**, v. 14, n. 3, p. e37123, jul. 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5812/ijem.37123>>. Acesso em: 15 set. 2016.

NAZIK, H. et al. Effect of parity on healthy promotion lifestyle behavior in women. **Contemp Nurse**, v. 50, n. 2-3, p. 267-273, s./set. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1080/10376178.2015.1081072>>. Acesso em: 09 jan. 2017.

NORTHSTONE, K.; EMMETT, P.; ROGERS, I. Dietary patterns in pregnancy and associations with socio-demographic and lifestyle factors. **Eur J Clin Nutr.**, v. 62, n. 4, p. 471-479, abr. 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1038/sj.ejcn.1602741>>. Acesso em: 03 out. 2016.

O'BRIEN, C. M.; GRIVELL, R. M.; DODD, J. M. Systematic review of antenatal dietary and lifestyle interventions in women with a normal body mass index. **Acta Obstet Gynecol Scand**, v. 95, n. 3, p. 259-269, jan. 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1111/aogs.12829>>. Acesso em: 21 set. 2016.

ODENT, M. Gestational diabetes and health promotion. **The Lancet**, v. 374, n. 9691, p. 684, ago./set. 2009. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61555-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61555-5)>. Acesso em: 07 set. 2016.

OKUBO, H. et al. Maternal dietary glycemic index and glycemic load in early pregnancy are associated with offspring adiposity in childhood: the Southampton Women's Survey. **Am J Clin Nutr**, v. 100, n. 2, p. 676-683, ago. 2014. Disponível em: <<http://ajcn.nutrition.org/content/100/2/676>>. Acesso em: 27 set. 2016.

OKUBO, H. et al. Maternal total caffeine intake, mainly from Japanese and Chinese tea, during pregnancy was associated with risk of preterm birth: the Osaka Maternal and Child Health Study. **Nutr Res**, v. 35, n. 4, p. 309-316, abr. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.nutres.2015.02.009>>. Acesso em: 24 set. 2016.

OLIVEIRA, J. C. S. et al. Assistência pré-natal realizada por enfermeiros: o olhar da puérpera. **Rev. enferm. Cent.-Oeste Min**, v. 5, n. 2, p. 1613-1628, mai./ago. 2015. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/bde-27333>>. Acesso em: 03 set. 2016.

OLIVEIRA, S. M. B.; TREZZA, M. C. S. F. **Aplicação da Teoria Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender na oncologia**: cuidados de enfermagem à família da pessoa com câncer.

Maceió, AL, 2015. Originalmente apresentada como dissertação de mestrado, Universidade Federal de Alagoas, 2015.

ONAT, G.; ABA, Y. A. Health-promoting lifestyles and related factors among pregnant women. **Turk J Public Health**, v. 12, n. 2, p. 69-79, 2014. Disponível em: <<http://tjph.org/ojs/index.php/TJPH/article/view/172>>. Acesso em: 26 ago. 2016.

OTENG-NTIM, E. et al. Lifestyle interventions for overweight and obese pregnant women to improve pregnancy outcome: systematic review and meta-analysis. **BMC Medicine**, v. 10, n. 47, p. 1-15, mai. 2012. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1186/1741-7015-10-47>>. Acesso em: 16 set. 2016.

PAGE, R. L.; SLEJKO, J. F.; LIBBY, A. M. A citywide smoking ban reduced maternal smoking and risk for preterm births: a Colorado natural experiment. **J Womens Health**, v. 21, n. 6, p. 621-627, jun. 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1089/jwh.2011.3305>>. Acesso em: 20 set. 2016.

PAIM, J. S. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUAYRO, M. Z. A.; ALMEIDA FILHO, N. (Org.). **Epidemiologia e saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI; 2003. p.567-86.

PARRATT, J A; FAHY, K M. A feminist critique of foundational nursing research and theory on transition to motherhood. **Midwifery**, v. 27, n. 4, p. 445-451, ago. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2010.02.012>>. Acesso em: 27 ago. 2016.

PEI, L. et al. The Association of Maternal Lifestyle with Birth Defects in Shaanxi Province, Northwest China. **PLoS One**, v. 10, n. 9, p. e0139452, s./set. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0139452>>. Acesso em: 19 set. 2016.

PENDER, N. J.; MURDAUGH, C. L.; PARSONS, M. A. **Health promotion in nursing practice**. 7th edition. New Jersey: Pearson, 2014.

PENNICK, V.; LIDDLE, S. D. Interventions for preventing and treating pelvic and back pain in pregnancy. **Cochrane Database Syst Rev**, v. 8, n. CD001139, p. 1-98, ago. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD001139.pub3>>. Acesso em: 27 set. 2016.

PETRELLA, E. et al. Gestational weight gain in overweight and obese women enrolled in a healthy lifestyle and eating habits program. **J Matern Fetal Neonatal Med**, v. 27, n. 13, p. 1348-1352, set. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.3109/14767058.2013.858318>>. Acesso em: 15 set. 2016.

PHELAN, S. et al. Does behavioral intervention in pregnancy reduce postpartum weight retention? Twelve-month outcomes of the Fit for Delivery randomized trial. **Am J Clin Nutr**, v. 99, n. 2, p. 302-311, fev. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.3945/ajcn.113.070151>>. Acesso em: 19 set. 2016.

POLANSKA, K. et al. Developmental Effects of Exposures to Environmental Factors: The Polish Mother and Child Cohort Study. **BioMed Research International**, v. 2013, n. 629716, p. 1-11, ago. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1155/2013/629716>>. Acesso em: 21 set. 2016.

POLAŃSKA, K. et al. Maternal lifestyle during pregnancy and child psychomotor development - Polish Mother and Child Cohort study. **Early Hum Dev**, v. 91, n. 5, p. 317-325, mai. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2015.03.002>>. Acesso em: 20 set. 2016.

POSTON, L. et al. Effect of a behavioural intervention in obese pregnant women (the UPBEAT study): a multicentre, randomised controlled trial. **Lancet Diabetes Endocrinol**, v. 3, n. 10, p. 767-777, out. 2015. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.1016/S2213-8587\(15\)00227-2](http://dx.doi.org/10.1016/S2213-8587(15)00227-2)>. Acesso em: 08 set. 2016.

PRATHER, H.; SPITZNAGLE, T.; HUNT, D. Benefits of Exercise During Pregnancy. **PM&R**, v. 4, n. 11, p. 845-850, nov. 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.pmrj.2012.07.012>>. Acesso em: 25 set. 2016.

PRICE, B. B.; AMINI, S. B.; KAPPELER, K. Exercise in pregnancy: effect on fitness and obstetric outcomes-a randomized trial. **Med Sci Sports Exerc**, v. 44, n. 12, p. 2263-2269, dez. 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1249/MSS.0b013e318267ad67>>. Acesso em: 27 set. 2016.

PROCTER, S. B.; CAMPBELL, C. G. Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: nutrition and lifestyle for a healthy pregnancy outcome. **J Acad Nutr Diet**, v. 114, n. 7, p. 1099-1103, jul. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.jand.2014.05.005>>. Acesso em: 21 set. 2016.

QIU, C. et al. Dietary fiber intake in early pregnancy and risk of subsequent preeclampsia. **Am J Hypertens**, v. 21, n. 8, p. 903-909, ago. 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1038/ajh.2008.209>>. Acesso em: 14 set. 2016.

QUEIROZ, C. N. S. A.; SOUSA, V. E. C.; LOPES, M. V. O. Diagnóstico de enfermagem disfunção sexual em gestantes: uma análise de acurácia. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 705-710, 2013. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/bde-27817>>. Acesso em: 30 ago. 2016.

RATTAN, D. et al. Smoking behaviour in pregnancy and its impact on smoking cessation at various intervals during follow-up over 21 years: a prospective cohort study. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, v. 120, n. 3, p. 288-295, fev. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1111/1471-0528.12027>>. Acesso em: 08 set. 2016.

REED, J. L.; PIPE, A. L. The talk test: a useful tool for prescribing and monitoring exercise intensity. **Curr Opin Cardiol**, v. 29, n. 5, p. 475-480, s./set. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1097/HCO.000000000000097>>. Acesso em: 27 set. 2016.

RENAULT, K. M. et al. Intake of Sweets, Snacks and Soft Drinks Predicts Weight Gain in Obese Pregnant Women: Detailed Analysis of the Results of a Randomised Controlled Trial. **PLoS One**, v. 10, n. 7, p. 1-15, jul. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0133041>>. Acesso em: 30 set. 2016.

RILEY, H. Weight management before, during and after pregnancy – what are the ‘rules’?. **Nutrition Bulletin**, v. 36, n. 2, p. 212-215, jun. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-3010.2011.01891.x>>. Acesso em: 25 set. 2016.

ROBINSON, C. A. et al. Pregnancy and post-delivery maternal weight changes and overweight in preschool children. **Prev Med**, v. 60, p. 77-82, mar. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.ypmed.2013.12.018>>. Acesso em: 20 set. 2016.

ROBINSON, S. M. et al. Modifiable early-life risk factors for childhood adiposity and overweight: an analysis of their combined impact and potential for prevention. **Am J Clin Nutr**, v. 101, n. 2, p. 368-375, fev. 2015. Disponível em: <<http://ajcn.nutrition.org/content/101/2/368>>. Acesso em: 16 set. 2016.

ROBLEDO-COLONIA, A. F. et al. Aerobic exercise training during pregnancy reduces depressive symptoms in nulliparous women: a randomised trial. **Journal of Physiotherapy**, v. 58, n. 1, p. 9-15, mar. 2012. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.1016/S1836-9553\(12\)70067-X](http://dx.doi.org/10.1016/S1836-9553(12)70067-X)>. Acesso em: 19 set. 2016.

ROSSEM, L. V. et al. Maternal Gestational and Postdelivery Weight Gain and Child Weight. **PEDIATRICS**, v. 136, n. 5, p. 1294-1301, nov. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1542/peds.2015-0874>>. Acesso em: 21 set. 2016.

RUCHAT, S. et al. Nutrition and Exercise Reduce Excessive Weight Gain in Normal-Weight Pregnant Women. **Medicine & Science in Sports & Exercise**, v. 44, n. 8, p. 1419–1426, ago. 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1249/MSS.0b013e31825365f1>>. Acesso em: 22 set. 2016.

SAGEDAL, L. R. et al. Study protocol: fit for delivery - can a lifestyle intervention in pregnancy result in measurable health benefits for mothers and newborns? A randomized controlled trial. **BMC Public Health**, v. 13, n. 132, p. 1-9, fev. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-13-132>>. Acesso em: 25 set. 2016.

SAMPER, M. P. et al. Maternal active smoking and newborn body composition. **Early Hum Dev**, v. 88, n. 3, p. 141-145, mar. 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2011.07.015>>. Acesso em: 21 set. 2016.

SANTOS, P. C. et al. Impact of compliance with different guidelines on physical activity during pregnancy and perceived barriers to leisure physical activity. **J Sports Sci.**, v. 32, n. 14, p. 1398-1408, abr. 2014. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1080/02640414.2014.893369>>. Acesso em: 31 jan. 2017.

SCHIFF, M.; NASSAR, N.; ROBERTS, C. L. Preterm birth rates in Chinese women. **ANZJOG**, v. 51, n. 5, p. 426-431, s./set. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1111/j.1479-828X.2011.01358.x>>. Acesso em: 15 set. 2016.

SCHLAFF, R. A. et al. Body mass index is associated with appropriateness of weight gain but not leisure-time physical activity during pregnancy. **J Phys Act Health.**, v. 11, n. 8, p. 1593-1599, nov. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1123/jpah.2013-0090>>. Acesso em: 07 out. 2016.

SHIRAZIAN, T. et al. The lifestyle modification project: limiting pregnancy weight gain in obese women. **J Matern Fetal Neonatal Med**, v. 29, n. 1, p. 80-84, dez. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.3109/14767058.2014.987118>>. Acesso em: 21 set. 2016.

SHIVAKUMAR, G. et al. Antenatal depression: a rationale for studying exercise. **Depression and Anxiety**, v. 28, n. 3, p. 234-242, mar. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1002/da.20777>>. Acesso em: 19 set. 2016.

SILVA, L. A.; CASOTTI, C. A.; CHAVES, S. C. L. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 221-232, jan. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000100023>>. Acesso em: 08 jan. 2017.

SIMMONS, D. et al. Results From a European Multicenter Randomized Trial of Physical Activity and/or Healthy Eating to Reduce the Risk of Gestational Diabetes Mellitus: The DALI Lifestyle Pilot. **Diabetes Care**, v. 38, n. 9, p. 1650-1656, set. 2015. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.2337/dc15-0360>>. Acesso em: 15 set. 2016.

STANG, J.; HUFFMAN, L. G. Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: Obesity, Reproduction, and Pregnancy Outcomes. **J Acad Nutr Diet**, v. 116, n. 4, p. 677-691, abr. 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.jand.2016.01.008>>. Acesso em: 25 set. 2016.

SUZUKI, K. et al. The Association between Maternal Smoking during Pregnancy and Childhood Obesity Persists to the age of 9–10 Years. **J Epidemiol**, v. 19, n. 3, p. 136-142, mai. 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.2188/jea.JE20081012>>. Acesso em: 20 set. 2016.

SZYMANSKI, L. M.; SATIN, A. J. Exercise During Pregnancy: Fetal Responses to Current Public Health Guidelines. **Obstetrics & Gynecology**, v. 119, n. 3, p. 603–610, mar. 2012. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1097/AOG.0b013e31824760b5>>. Acesso em: 19 set. 2016.

SZWAJCER, E. et al. Nutrition awareness before and throughout different trimesters in pregnancy: a quantitative study among Dutch women.. **Fam Pract.**, v. 29, n. Suppl 1, p. i82-i88, abr. 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1093/fampra/cm107>>. Acesso em: 30 jan. 2017.

THANGARATINAM, S. et al. Effects of interventions in pregnancy on maternal weight and obstetric outcomes: meta-analysis of randomised evidence. **BJM**, v. 344, n. E2088, p. 1-15, mai. 2012a. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.e2088>>. Acesso em: 25 set. 2016.

THANGARATINAM, S. et al. Interventions to reduce or prevent obesity in pregnant women: a systematic review. **Health Technol Assess**, v. 16, n. 31, p. 1-191, jul. 2012b. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.3310/hta16310>>. Acesso em: 16 set. 2016.

TOBIAS, D. K. et al. Physical Activity Before and During Pregnancy and Risk of Gestational Diabetes Mellitus. **Diabetes Care**, v. 34, n. 1, p. 223-229, jan. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.2337/dc10-1368>>. Acesso em: 19 set. 2016.

TOMEY, A. M.; ALLIGOOD, M. R. **Teóricas de enfermagem e a sua obra**: modelos e teorias de enfermagem. 5 ed. Loures: Lusociência, 2004. 766 p.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VALLIM, A. L. et al. Water exercises and quality of life during pregnancy. **Reproductive Health**, v. 8, n. 14, p. 1-7, mai. 2011. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1186/1742-4755-8-14>>. Acesso em: 19 set. 2016.

VAZQUEZ, J. C. Constipation, haemorrhoids, and heartburn in pregnancy. **BMJ Clin Evid**, v. 2010, n. 1411, p. 1-17, ago. 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3217736/>>. Acesso em: 30 set. 2016.

VICTOR, J. F.; LOPES, M. V. O.; XIMENES, L. B. Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 235-240, jul./set. 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002005000300002>>. Acesso em: 30 set. 2016.

VINTER, C. A. et al. Metabolic effects of lifestyle intervention in obese pregnant women. Results from the randomized controlled trial 'Lifestyle in Pregnancy' (LiP). **Diabet Med**, v. 31, n. 11, p. 1323-1330, nov. 2014a. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1111/dme.12548>>. Acesso em: 21 set. 2016.

VINTER, C. A. et al. Postpartum weight retention and breastfeeding among obese women from the randomized controlled Lifestyle in Pregnancy (LiP) trial. **Acta Obstet Gynecol Scand**, v. 93, n. 8, p. 794-801, ago. 2014b. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1111/aogs.12429>>. Acesso em: 19 set. 2016.

VINTER, C. A. et al. The LiP (Lifestyle in Pregnancy) Study. **Diabetes Care**, v. 34, n. 12, p. 2502-2507, dez. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.2337/dc11-1150>>. Acesso em: 23 set. 2016.

VOLDNER, N. et al. Birth complications, overweight, and physical inactivity. **Acta Obstet Gynecol Scand**, v. 88, n. 5, p. 550-555, mai. 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1080/00016340902818162>>. Acesso em: 21 set. 2016.

WALL, C. R. et al. Dietary Patterns in Pregnancy in New Zealand—Influence of Maternal Socio-Demographic, Health and Lifestyle Factors. **Nutrients**, v. 8, n. 5, p. 300, mai. 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.3390/nu8050300>>. Acesso em: 06 out. 2016.

WALSH, J. M. et al. Low glycaemic index diet in pregnancy to prevent macrosomia (ROLO study): randomised control trial. **BMJ**, v. 345, n. 5605, p. 1-9, ago. 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.e5605>>. Acesso em: 25 set. 2016.

WALSH, J. et al. A randomised control trial of low glycaemic index carbohydrate diet versus no dietary intervention in the prevention of recurrence of macrosomia. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 10, n. 16, p. 1-3, abr. 2010. Disponível em: <<dx.doi.org/10.1186/1471-2393-10-16>>. Acesso em: 25 set. 2016.

WELLS, N. et al. The impact of nurse case management home visitation on birth outcomes in African-American women. **J Natl Med Assoc**, v. 100, n. 5, p. 547-552, mai. 2008. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.1016/S0027-9684\(15\)31301-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0027-9684(15)31301-8)>. Acesso em: 30 ago. 2016.

XIAO, J. et al. Is ethnicity a risk factor for developing preeclampsia? An analysis of the prevalence of preeclampsia in China. **J Hum Hypertens**, v. 28, n. 11, p. 694-698, ago./nov. 2014. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1038/jhh.2013.148>>. Acesso em: 15 set. 2016.

YEO, S. A risk reduction model for late-onset preeclampsia: a theory for using low-intensity exercises to enhance cardiac homeostasis in nursing research and practice. **ANS Adv Nurs Sci**, v. 34, n. 1, p. 78-88, jan./mar. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1097/ANS.0b013e3182094387>>. Acesso em: 13 set. 2016.

APÊNDICE A

1. Roteiro Semiestruturado de Entrevista à Gestante

Identificação: _____ Data: ____/____/____

UBS: _____ Contato: _____

1.1 Características e Experiências Individuais

1. Pergunte que horas ela acordou e a que horas foi dormir ontem, se quando acorda se sente cansada e se é sempre assim.
2. Solicite que a gestante descreva como foi sua alimentação nas últimas 24 horas desde o momento que acordou com riqueza de detalhes, e questione se é sempre dessa forma.
3. Pergunte se ontem ela tomou água, quantas vezes e se é sempre assim.
4. Pergunte se tomou alguma bebida alcoólica ontem ou se bebeu no último final de semana, e se é sempre assim.
5. Pergunte se fumou ontem e, se sim, quantos cigarros. E se é sempre assim.
6. Pergunte se fez uso de algum tipo de droga ontem e se é sempre assim.
7. Pergunte se fez algum exercício físico (caminhada, dança, natação, ...) ontem, se sim, qual e de que forma, e se é sempre assim.
8. Pergunte se tirou um tempo para relaxar ontem e se é sempre assim.
9. Pergunte se teve alguma coisa que lhe aborreceu ontem, e se costuma se aborrecer com frequência.
10. Pergunte se ela trabalha, e se sim, pergunte como foi o dia de trabalho e se é sempre assim.
11. Pergunte se teve alguma atividade de lazer ontem, no último final de semana e se é sempre assim.
12. Pergunte se encontrou com amigos e familiares ontem, no último final de semana, e se é sempre assim.
13. Pergunte se faz planos para o futuro. Se sim, se esses planos envolvem a gravidez atual.
14. Pergunte se ela sente-se conectada, com Deus/com uma força maior.
15. Indague se algo não está bem na sua saúde. Se sim, o quê.
16. Pergunte se ela discute seus problemas de saúde com os profissionais de saúde e pede informações sobre como cuidar bem de si mesmo.
17. Indague a participante como está sua vida sexual.
18. Pergunte se ela discute seus problemas e preocupações com pessoas próximas.
19. Pergunte se consegue facilmente mostrar preocupação, amor e carinho para com os outros.
20. Pergunte se ela resolve os conflitos com os outros por meio do diálogo e do compromisso.

1.2 Diagnósticos de Enfermagem		
Comportamentos Prévios	Diagnósticos de Enfermagem	Resultados Esperados

1.3 Sentimentos e Conhecimento acerca do Comportamento Específico			
Comportamento Específico	Benefícios Percebidos	Barreiras Percebidas	Auto Eficácia Percebida
	<i>Que benefícios você vê em modificar esses comportamentos?</i>	<i>Que dificuldades você pode enfrentar para modificar esses comportamentos?</i>	<i>O quanto você está certo que pode superar essas barreiras e modificar esses comportamentos?</i>

1.4 Sentimentos e Conhecimento acerca do Comportamento Específico			
Comportamento Específico	Sentimentos Relacionados	Influências Interpessoais	Influências Situacionais
		<i>O que você sente se for necessário modificar esses comportamentos para a sua saúde e a do bebê?</i>	<i>Quais atitudes as pessoas próximas a você mantém em relação a este comportamento? Você acredita que elas vão te encorajar ou desencorajar?</i>

1.5 Compromisso com o Plano de Ação

Você deseja estabelecer metas e desenvolver um plano para adotar comportamentos saudáveis?

Quais comportamentos você deseja modificar?

De que forma pretende fazer isso?

Comportamento Prévio

Comportamento Pactuado

Assinatura da Gestante: _____

Assinatura da Enfermeira: _____

2. Roteiro de Avaliação Processual do Plano de Ação

2. Roteiro de Avaliação Processual do Plano de Ação			
	Comportamento Pactuado	Demandas Competitivas Imediatas e Preferências	Reajuste do Plano
DATA	<i>Você tem conseguido realizar os comportamentos que foram pactuados? (Perguntar um comportamento por vez)</i>	<i>Quais foram as barreiras que você encontrou para seguir o plano de ação?</i>	<i>De que forma você acredita que podemos modificar o plano de ação? (De forma a avançar na adoção dos comportamentos saudáveis ou superar as barreiras encontradas)</i>

3. Roteiro de Avaliação dos Comportamentos Promotores de Saúde Adotados

Data: ____/____/____

Comportamento Prévio Identificado

Comportamento Adotado

Como você se sente frente aos resultados alcançados? De que forma a modificação desses comportamentos interferiu no seu estilo de vida e no desenvolvimento da sua gestação?

APÊNDICE B

FORMULÁRIO DE PRIMEIRA CONSULTA DE ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL

DATA: ____/____/____

Nome da gestante: _____ **SISPRENATAL:** _____ **No. Pront.** _____
Endereço: _____ **Fone para contato:** _____
Ponto referência: _____ **Idade:** ____ anos. **Est. civil/União:** () casada () estável () solteira () outro
Estudos: () Nenhum () Fundamental () Médio () Superior / Anos completos de estudo: _____ **Ocupação:** _____
Motivo de comparecimento a consulta: _____
Como está se sentido hoje: _____
GESTAÇÃO ATUAL: DUM: ____/____/____ **Duvidas?** () N () S/qual? _____ **DPP:** ____/____/____ **IG DUM:** ____ **IG USG:** ____
 Planejada: () S () N/ Por que acha que engravidou? _____
 Aceita: () S () N/ Por quê? _____
 Fuma: () N () S/ quantos cigarros por dia _____ **Bebe:** () N () S **Antitetânica:** () Nenhuma () 1 () 2 () 3 **HEP. B:** () Sim () Não
Sexualidade: _____
 Ocorrências nessa gravidez até o momento: () Nenhuma **Relatadas** _____
ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS: GESTA ____ **PARA** ____ **ABORTO** ____ **Nascidos vivos** ____ **Natimortos** ____ **Vivos** ____ **Falecidos** ____
 Intercorrências em gestações anteriores: () N () S/qual(is) _____
 Partos anteriores: Vaginais ____ Cesarianos ____ Hospitalares ____ Domiciliares ____ RNs menos 2500grs ____ RN de maior peso: ____
 Experiência/significado dos partos anteriores: _____
 Intervalo (em meses) entre gestações: da 1ª/2ª ____ da 2ª/3ª ____ da 3ª/4ª ____ em média _____
 Intercorrências em partos/puerperios anteriores: () N () S/qual(is) _____
 Amamentou: () N () S/Tempo de duração da amamentação: Maior ____ Menor ____ Data término da ultima gestação: ____/____/____
 Intercorrências nas amamentações anteriores: () N () S/qual(is) _____
ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS: Menarca: ____ anos. **Sexarca:** ____ anos **1ª gest:** ____ anos **Ciclos anteriores a essa gestação:** ____/____/____
 Métodos contraceptivos que já fez uso: () Nenhum () Pílulas () Injeções () Condon () Coito interrompido () Outros _____
 Usava algum método quando engravidou agora? () NÃO/ Por quê? _____ () S/Qual? _____
 Já fez citologia? () N () S / Data da última realizada: _____ **DST:** () N () S/ Sabe qual? _____
ANTECEDENTES PESSOAIS: Peso habitual antes da gestação: _____ **Fez alguma cirurgia?** () Não () Sim/ qual(is) _____
 Já teve/tem alguma doença que precisou ser internada e/ou tomar medicamentos até hoje? () N () S/qual(is) _____
ITU: () N () S **Tratamento de infertilidade?** () N () S **Má formação?** () N () S/ qual(is) _____ **Transfusão** () N () S
ANTECEDENTES FAMILIARES: Gêmeos () N () S **DIA** () N () S **HAS** () N () S **Má formação** () N () S **Outros** _____
EXAME FÍSICO OBSTÉTRICO: Mucosas: () normo () hipo **Mamas:** secretantes () N () S/ _____ **Mamilos** _____ **AFU** ____
Feto: Posição: () n/palpável () palpável _____ **Situação:** () n/palpável () palpável _____ **Apresentação** () n/palpável () palpável ____
BCFs: () ainda não audíveis () audíveis no _____ **Nº de bpm:** _____ **MMSS:** edema () N () S **MMII:** edema () N () S
Outros achados dignos de nota: _____
PA: _____ **Peso:** _____ **Altura:** _____ **IMC:** _____ **Avaliação Nutricional:** () BP () A () S () O

Assinatura: _____

ESPELHO DOS GRÁFICOS DO CARTÃO DA GESTANTE

Gráfico de acompanhamento nutricional da gestante
Índice de Massa Corporal x Semana de gestação

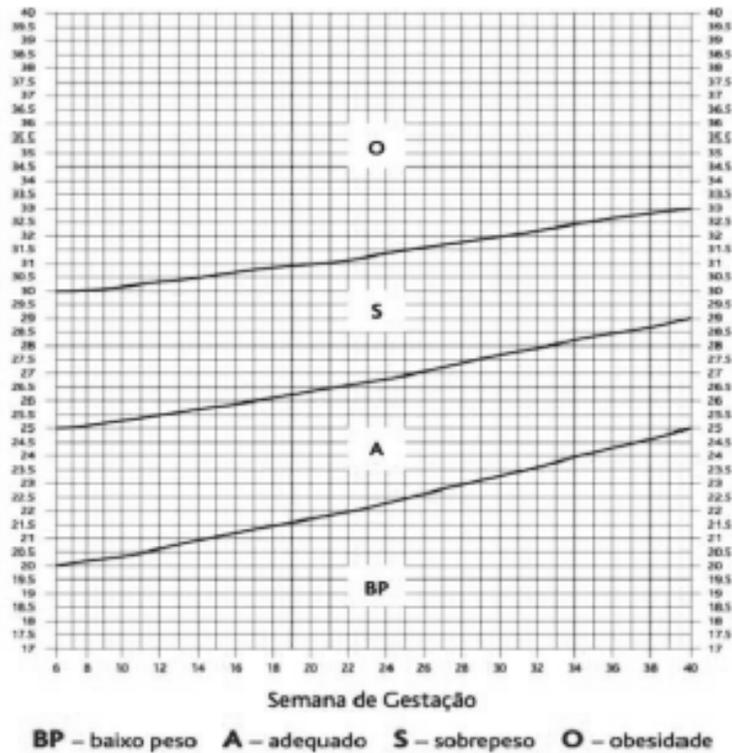
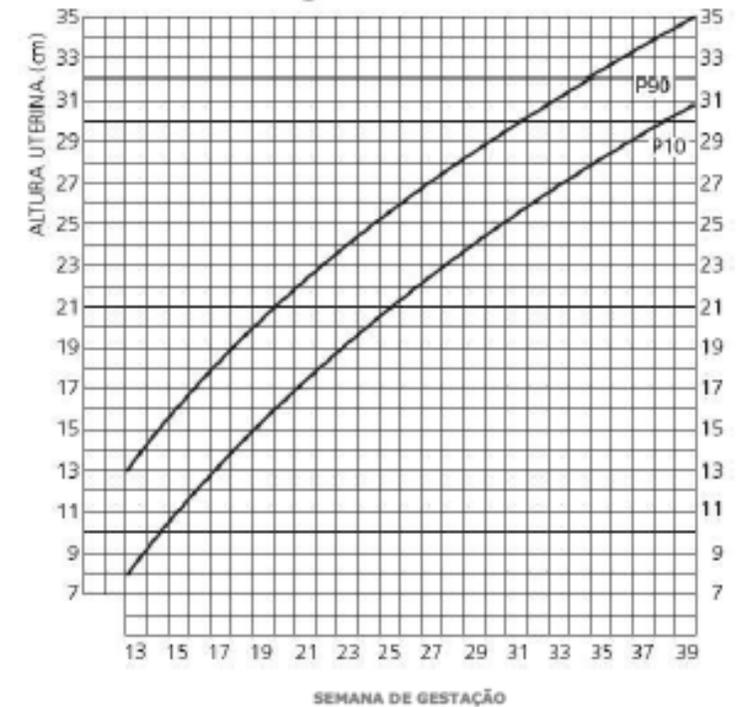


Gráfico de Relação AU/IG



FORMULÁRIO DE CONSULTA SUBSEQUENTE DE ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL

DATA: ____/____/____

Nome da gestante: _____ SISPRENATAL: _____ No. Pront. _____

Consulta Nº _____ Consultas até o momento: Enfermagem _____ Médica _____ Outras _____

Motivo de comparecimento a consulta: () Rotina () Outro _____

Como está se sentido hoje: _____

SITUAÇÃO GESTACIONAL: DUM: ____/____/____ DPP: ____/____/____ IG DUM: _____ IG USG: _____

Faltou consultas? () N () S/Qual? _____ Por quê? _____

Resultados de enfermagem alcançados:

Orientações não colocadas em prática: _____

Por quê? _____

Movimentos fetais relatados pela gestante: () Ausentes () Presentes Desde quando? _____

Sexualidade na gestação: _____

Situação vacinal no momento: Antitetânica: () Nenhuma () 1 () 2 () 3 Frequente grupo de gestante? () S () N/Por quê? _____

Situação relacionada aos exames de rotina no momento: () nenhum () em dia () em atraso

Exames Complementares: 1ª Fase () 2ª Fase ()

Hb/Ht: _____ Glicemia: _____ EAS: _____ TS + Rh: _____

VDRL: _____ HIV 1 e 2: _____ HEP. B (HbsAg): _____ Toxo: IgG: _____ IgM: _____

OUTROS: _____

EX. FÍSICO OBSTÉTRICO:

Mucosas: () normo () hipo Mamas: secretantes () N () S AFU: anterior _____ atual _____ Avaliação _____

Feto: Posição: () n/palpável () palpável _____ Situação: () n/palpável () palpável _____ Apresentação () n/palpável () palpável _____

BCFs: () ainda não audíveis () audíveis no _____ Nº de bpm: _____ Edema: Face () N () S MMSS () N () S MMII () N () S

Outros achados dignos de nota:

PA: atual _____ consulta anterior _____ Avaliação _____

Peso: atual _____ consulta anterior _____ Avaliação _____

IMC: atual _____ consulta anterior _____ Avaliação _____

Assinatura: _____

ANEXO A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)*

(Em 2 vias, firmado por cada participante-voluntária da pesquisa)

“O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa.”
(Resolução. Nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde)

Eu, _____, tendo sido convidada a participar como voluntária do estudo **“O Cuidado de Enfermagem na Gestação Fundamentado na Teoria Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender”**, recebi da Mestranda em Enfermagem Gabriella de Araújo Gama, responsável por sua execução, sob orienta o da Prof.^a Dr.^a Maria Cristina Soares Figueiredo Trezza, as seguintes informa es que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:

- . Que o estudo se destina a avaliar a aplica o de uma Teoria de Enfermagem (Teoria Modelo de Promo o da Saúde - TMPS) no cuidado a mulheres que estão grávidas e que irão realizar o pré-natal, como   o meu caso.
- . Que a importância deste estudo   a de apresentar uma nova forma de cuidar da gestante durante o pré-natal, voltada para a promo o da saúde e qualidade de vida.
- . Que o resultado que se deseja alcançar com esse estudo   o seguinte: A ado o de comportamentos saudáveis pela gestante, contribuindo para o desenvolvimento de uma gesta o saudável.
- . Que este estudo iniciar  em Maio de 2015 e finalizar  em fevereiro de 2017. No entanto, eu participarei no período de dura o da minha gesta o, em seis encontros destinados   realiza o de meu pré-natal que ocorrerão na Unidade Básica de Saúde que sou cadastrada. Além desses encontros, a pesquisadora irá se comunicar comigo por telefone toda semana, para saber se estou conseguindo seguir o que combinamos, e quais as dificuldades que estou tendo.
- . Que eu participarei do estudo da seguinte maneira: Após eu ter aceitado participar da pesquisa, a pesquisadora responsável me fará perguntas sobre a minha forma de viver. Depois ela me apontar  os comportamentos saudáveis que eu precisaria seguir em busca de uma gesta o saudável e me fará perguntas sobre a minha opinião em rela o   esses comportamentos. Então, caso seja da minha vontade,

nós faremos um plano em que eu vou combinar com ela os comportamentos que posso seguir para melhorar a minha saúde e a forma que farei isso. Tentarei cumprir esse plano após a primeira consulta e uma vez por semana a pesquisadora falará comigo por telefone para saber se estou tendo dificuldades em seguir o plano, e, caso seja da minha vontade, poderemos modificar o que foi combinado. Nas consultas de retorno para a realização do meu pré-natal, eu também falarei se estou conseguindo seguir os comportamentos combinados e as dificuldades que tive, e faremos ajustes no nosso pacto com base no que acredito que serei capaz de realizar. Isso ocorrerá até a última consulta do meu pré-natal, em que iremos avaliar os comportamentos promotores da saúde que eu consegui introduzir no meu estilo de vida.

. Que durante os encontros a pesquisadora vai gravar o som da nossa conversa em um aparelho chamado MP4. Depois ela vai passar a gravação para o papel para poder analisar melhor o que informei.

. Que os possíveis riscos à minha saúde física e mental são: que durante as entrevistas posso me sentir desconfortável, triste, constrangida e/ou até mesmo sentir-me culpada ao falar sobre os meus comportamentos e perceber/reconhecer que eles oferecem risco ao meu bebê. Que posso ficar irritada, ansiosa e/ou estressada ao tentar fazer mudanças em meu modo de viver ou ainda me sentir triste e frustrada caso não consiga adotar comportamentos saudáveis e cumprir os objetivos pactuados com a pesquisadora.

. Que deverei contar com a seguinte assistência: a pesquisadora estará comigo o tempo todo durante as entrevistas, vai me ouvir com paciência e se eu chorar, me sentir desconfortável ou ficar irritada, ela vai respeitar o meu momento, vai parar a conversa pelo tempo que for necessário para que eu me acalme e queira continuar e, se for necessário, iremos marcar outro encontro. Durante a construção do plano de ação a pesquisadora respeitará meus limites e as minhas preferências, ouvindo com atenção e concordando com aquilo que me proponho a seguir.

. Que o benefício que deverei esperar com a minha participação é o de adotar comportamentos que irão contribuir para que minha gestação seja saudável e meu bebê nasça com saúde. Além disso eu contribuirei para um estudo que poderá ampliar as possibilidades do cuidado de enfermagem na gestação.

. Que a qualquer momento, eu poderei me recusar a responder a alguma pergunta e também a continuar participando da pesquisa, podendo retirar este meu consentimento sem que isso me traga prejuízo.

. Que as informações conseguidas através da minha participação não permitirão a identificação da minha pessoa, exceto às responsáveis pela pesquisa, pois meu nome será substituído por um código.

. Que a divulgação das informações só será feita entre os(as) profissionais estudiosos(as) do assunto e que os resultados, positivos ou não, serão publicados em revistas científicas.

. Que eu serei informada sobre o resultado final desta pesquisa, e sempre que eu desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre qualquer etapa da mesma.

. Que eu nada pagarei e nada receberei para participar desta pesquisa, sendo uma ação voluntária e de ajuda às pesquisadoras e às gestantes, no entanto, deverei ser indenizada por qualquer dano que venha a sofrer com a participação na pesquisa.

. Que receberei uma cópia assinada desse documento como minha garantia de participação nessa pesquisa.

Finalmente, tendo eu compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação na mencionada pesquisa e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implica, concordo em dela participar e, para tanto eu DOU O MEU CONSENTIMENTO EM PARTICIPAR DESTA PESQUISA SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADA OU OBRIGADA.

Endereço da participante-voluntária

Domicílio:

Nº/Complemento:

Bairro/CEP/Cidade:

Ponto de referência:

Telefone:

Endereço da responsável pela pesquisa (OBRIGATÓRIO):

Domicílio: Rua Doutor Roland Simon

Nº/Complemento: 656

Bairro/CEP/Cidade: Mangabeiras/ 57035-552/ Maceió-AL

Ponto de referência: Próximo ao Conjunto Jardim Vaticano

Telefone: (82) 99924-1128

ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao: Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas: Prédio da Reitoria, sala do C.O.C., Campus A. C. Simões, Cidade Universitária. Telefone: (82) 3214-1041

Satuba-AL, _____ de _____ de 2016.

Assinatura ou impressão datiloscópica da gestante voluntária (Rubricar as demais páginas)	Nome e Assinatura das responsáveis pelo estudo (Rubricar as demais páginas)

(*) Modelo utilizado pelo Comitê de Ética da UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS

ANEXO B

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O CUIDADO DE ENFERMAGEM NA GESTAÇÃO FUNDAMENTADO NA TEORIA MODELO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DE NOLA PENDER

Pesquisador: Gabriella de Araújo Gama

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 54919316.0.0000.5013

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem e Farmácia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.520.568

Apresentação do Projeto:

"Este estudo trata sobre o cuidado de enfermagem na gestação fundamentado na Teoria Modelo de Promoção da Saúde (TMPS) da Teórica de Enfermagem Nola Pender e possui como objetivo geral aplicar o Processo de Enfermagem desta teoria no cuidado pré-natal. Trata-se de um estudo transversal qualitativo, de abordagem descritiva, que será realizado nas Unidades da Estratégia Saúde da Família do município de Satuba, em Alagoas. Participarão do estudo todas as mulheres com diagnóstico de gravidez confirmado por sinais de certeza, cadastradas no pré-natal de risco habitual nos meses de março a maio de 2016, sendo excluídas da amostra aquelas com idade inferior a dezoito anos; que durante o processo realizem mudança de município de atendimento pré-natal; ou que vivenciem um aborto. O estudo utilizará a TMPS como referencial teórico-metodológico para a análise das informações. A realização deste estudo torna-se importante pela possibilidade de apontar um novo modelo de assistência à mulher na gestação, voltado para a promoção da saúde e qualidade de vida da mesma. Além disso, a utilização do conhecimento

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A . C. Simões,
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 **Fax:** (82)3214-1700 **E-mail:** comitedeeticaufal@gmail.com

Continuação do Parecer: 1.520.568

próprio da enfermagem promove a valorização da profissão como ciência e apresenta-se como alicerce para as ações de cuidado desenvolvidas pelo enfermeiro no pré-natal de risco habitual."

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral

"Aplicar o Processo de Enfermagem da Teoria Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender no pré-natal"

Objetivos específicos

- "1. Realizar o levantamento conjunto das características e experiências pessoais, dos conhecimentos e sentimentos específicos, e das demandas competitivas relacionadas aos comportamentos promotores de saúde em gestantes;
2. Identificar os comportamentos promotores de saúde que necessitam ser assumidos por essas gestantes;
3. Estabelecer conjuntamente com a gestante um plano com os comportamentos promotores de saúde desejáveis;
4. Realizar a avaliação processual da implementação dos comportamentos promotores de saúde acordados no plano;
5. Avaliar os comportamentos promotores de saúde assumidos mulher durante toda a gestação."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

"A pesquisadora se propõe a não infligir danos ou males intencionalmente, no entanto, existe o risco da mulher sentir-se desconfortável e constrangida devido ao levantamento de seus comportamentos prévios. A gestante pode sentir-se, ainda, ansiosa ou estressada frente às modificações de seu estilo de vida habitual ou ainda vir a sentir-se triste ou frustrada por não ter conseguido cumprir os objetivos pactuados e adotar comportamentos promotores da saúde."

Benefícios:

"Os benefícios obtidos pela mulher com a participação neste estudo estão relacionados à possibilidade de adoção de comportamentos promotores da saúde, que contribuirão para uma gestação saudável, levando à melhora da qualidade de vida e à diminuição dos fatores de risco presentes em seu modo de vida. Além disso, essa proposta de aplicabilidade da Teoria Modelo de Promoção da Saúde poderá apontar caminhos que ampliem as possibilidades do cuidado de

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A . C. Simões,
Bairro: Cidade Universitária CEP: 57.072-900
UF: AL Município: MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 Fax: (82)3214-1700 E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



Continuação do Parecer: 1.520.568

enfermagem na gestação."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto corrigiu as pendências observadas anteriormente referentes ao:

TCLE: 1. Falta a garantia de que o entrevistado receberá uma via assinada do TCLE; 2. Conforme decisão da reunião plenária deste CEP do dia 14/03/2016 e em atendimento ao que consta da Resolução 466/12 CNS, deve constar no TCLE o seguinte item: Eu serei informado sobre o resultado final desta pesquisa?.

PROJETO: 1. Atualizar o TCLE; 2. Faltam os critérios para suspender e/ou encerrar a pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos apresentados estão de acordo com a Resolução 466/12

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto é relevante para a área de Enfermagem.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_692856.pdf	06/04/2016 14:00:09		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto de Pesquisa.pdf	06/04/2016 13:58:01	Gabriella de Araújo Gama	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	06/04/2016 13:56:55	Gabriella de Araújo Gama	Aceito
Outros	RoteiroSemiestruturado de Entrevista.pdf	05/04/2016 23:52:08	Gabriella de Araújo Gama	Aceito
Outros	Formulário de Consulta Pre Natal.pdf	05/04/2016 23:51:34	Gabriella de Araújo Gama	Aceito
Outros	Curriculo Lattes Maria Cristina Trezza.pdf	05/04/2016 23:37:37	Gabriella de Araújo Gama	Aceito

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A. C. Simões,
Bairro: Cidade Universitária CEP: 57.072-900
UF: AL Município: MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 Fax: (82)3214-1700 E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



Continuação do Parecer: 1.520.568

Outros	CurriculoLattesGabriellaGama.pdf	05/04/2016 23:36:44	Gabriella de Araújo Gama	Aceito
Outros	Aspectoseticos.pdf	05/04/2016 23:34:38	Gabriella de Araújo Gama	Aceito
Outros	DeclaracaoodePublicidadedaPesquisa.pdf	05/04/2016 23:29:21	Gabriella de Araújo Gama	Aceito
Outros	DeclaracaoDadoseMateriaisColetados.pdf	05/04/2016 23:28:55	Gabriella de Araújo Gama	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	05/04/2016 23:27:26	Gabriella de Araújo Gama	Aceito
Outros	SolicitacaoSatuba.pdf	05/04/2016 23:26:55	Gabriella de Araújo Gama	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	05/04/2016 23:24:43	Gabriella de Araújo Gama	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	05/04/2016 23:17:54	Gabriella de Araújo Gama	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MACEIO, 28 de Abril de 2016

Assinado por:
Deise Juliana Francisco
(Coordenador)

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A . C. Simões,
Bairro: Cidade Universitária CEP: 57.072-900
UF: AL Município: MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 Fax: (82)3214-1700 E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com