



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
MATERNIDADE-ESCOLA  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM  
SAÚDE PERINATAL



ANA CAROLINA CORREIA AYETA

**FATORES NUTRICIONAIS E PSICOLÓGICOS  
ASSOCIADOS COM A OCORRÊNCIA DA  
PICAMALÁCIA EM GESTANTES**

RIO DE JANEIRO

2014



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**MATERNIDADE-ESCOLA**



**FATORES NUTRICIONAIS E PSICOLÓGICOS**  
**ASSOCIADOS COM A OCORRÊNCIA DA**  
**PICAMALÁCIA EM GESTANTES**

**AUTOR:**

ANA CAROLINA CORREIA AYETA

**ORIENTADORES:**

PROFA DRA ANA CRISTINA BARROS DA CUNHA

PROFA DRA CLÁUDIA SAUNDERS

Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Perinatal da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ, como parte dos requisitos necessários para obtenção do título de Residente Multiprofissional com ênfase em Nutrição na Saúde Perinatal.

Aprovada por:

---

PROFA DRA ANA CRISTINA BARROS DA CUNHA UFRJ

---

PROFA DRA CLÁUDIA SAUNDERS UFRJ

---

MSC NEUZA DOS ANJOS SAMPAIO MATERNIDADE ESCOLA DA UFRJ

Nota:

Conceito:

Rio de Janeiro, 2014.

ANA CAROLINA CORREIA AYETA

**FATORES NUTRICIONAIS E  
PSICOLÓGICOS ASSOCIADOS COM A  
OCORRÊNCIA DA PICAMALÁCIA EM  
GESTANTES**

Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Perinatal da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ, como parte dos requisitos necessários para obtenção do título de Residente Multiprofissional com ênfase em Nutrição na Saúde Perinatal.

Rio de Janeiro, 2014

Ayeta, Ana Carolina Correia

Fatores nutricionais e psicológicos associados com a ocorrência de picamalácia em gestantes / Ana Carolina Correia Ayeta. - - Rio de Janeiro: UFRJ / ME, 2014.

*x, 90 f. : il. ; 31 cm.*

*Orientador: Ana Cristina Barros da Cunha*

*Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, ME, Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Perinatal, 2014.*

*Referências Bibliográficas: f. 24-29*

*1. Picamalácia em gestantes 2. Nutrição – Trabalho de Conclusão de Curso. I. Cunha, Ana. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Maternidade Escola, Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Perinatal. III. Fatores associados com a ocorrência de picamalácia em gestantes.*

AYETA, Ana Carolina Correia. Fatores nutricionais e psicológicos associados com a ocorrência da picamalácia em gestantes. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Perinatal. Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro/RJ: 49 páginas.

## RESUMO

**Introdução:** A etiologia da picamalácia parece ser complexa. Diversas causas (ambientais, nutricionais, socioeconômicas, fisiológicas, culturais e psiquiátricas) têm sido reconhecidas. Porém são escassos estudos sobre fatores nutricionais e psicológicos associados à ocorrência da picamalácia durante a gestação. **Objetivo:** Avaliar os fatores nutricionais e psicológicos associados com a ocorrência da picamalácia em gestantes de uma maternidade pública no município do Rio de Janeiro, Brasil. **Métodos:** Trata-se de estudo descritivo, de caráter exploratório, realizado com 13 gestantes com média de idade de 28 anos que realizavam acompanhamento pré-natal em uma maternidade pública no município do Rio de Janeiro, entre Julho e Outubro de 2013 e que praticavam picamalácia na gestação atual. Considerou-se no estudo como picamalácia toda a ingestão de substâncias não alimentares e combinações atípicas de alimentos. Durante a consulta pré-natal, as gestantes foram convidadas a participar da pesquisa, quando assinaram o TCLE e passaram por avaliação nutricional (avaliação dietética, antropométrica, clínica, bioquímica, funcional, sociodemográfica e obstétrica) e psicológica (entrevista e avaliação de stress, ansiedade e *coping*), essa última ocorreu somente para sete das 13 gestantes participantes. Em ambas as avaliações foram utilizados instrumentos validados ou protocolos elaborados para o estudo. **Resultados:** No geral, observou-se ocorrência de algum grau de estresse e ansiedade nas gestantes com picamalácia (n = 07), assim como alguma comorbidade e sintomatologia digestiva (n = 13). Assim, verificou-se que 84,61% apresentava queixa de presença de sintomatologia digestiva, como pirose, enjôo, êmese e constipação intestinal e 69,2% apresentou algum tipo de comorbidade, como: Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2); Diabetes Mellitus Gestacional (DMG); Insuficiência do Trato Urinário (ITU); Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e; Hipotireoidismo. Todas as gestantes que fizeram avaliação psicológica apresentavam níveis consideráveis de estresse (fase de resistência: n = 05; fase exaustão: n = 02) e ansiedade (nível moderado: n = 05); além disso, observou-se que a maioria das gestantes utilizou como estratégia de enfrentamento (*coping*) a “busca por práticas religiosas” (42,8%) ou “busca por suporte

social” (42,8%). A prática de picamalácia mais referida foi o consumo excessivo de gelo (30,8%) e a fruta com sal (30,8%). **Conclusões:** Tendo em vista que a picamalácia pode associar-se com maior risco perinatal, é de suma importância que essa prática seja investigada durante as consultas de pré-natal, com objetivo de se adotar uma prática preventiva para evitar as várias complicações para a mãe e o concepto.

**Palavras Chave:** picamalácia; gestação; estresse; ansiedade.

AYETA, Ana Carolina Correia. Nutritional and psychological factors associated with the occurrence of pica in pregnant women. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Perinatal. Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro/RJ: 49 páginas.

## ABSTRACT

**Introduction:** The etiology of pica seems to be complex. Various causes (environmental, nutritional, socioeconomic, physiological, cultural and psychiatric) have been recognized. But there are few studies on nutritional and psychological factors associated with the occurrence of pica during pregnancy. **Objective:** Assess the nutritional and psychological factors associated with the occurrence of pica in pregnant women in a public hospital in the city of Rio de Janeiro, Brazil. **Methods:** This is a descriptive study, exploratory, conducted with 13 women with a mean age of 28 years who carried out prenatal care at a public hospital in the city of Rio de Janeiro, between July and October 2013 and who practiced pica in the current pregnancy. It was considered in the study as a whole pica ingestion of inedible substances and atypical combinations of foods. During the prenatal visit, the women were invited to participate, as signed the consent form and underwent nutritional assessment (dietary assessment, anthropometric, clinical, biochemical, functional, socio-demographic and obstetric) and psychological (stress interview and assessment, anxiety and coping), the latter occurred only seven of the 13 pregnant participants. In both evaluations validated instruments or protocols developed for the study were utilized. **Results:** Overall, we observed the occurrence of some degree of stress and anxiety in pregnant women with pica (N = 07), as well as a comorbidity and digestive symptoms (n = 13). Thus, it was found that 84.61% complained of the presence of gastrointestinal symptoms such as heartburn, nausea, vomiting and constipation, and 69.2% had some type of comorbidity, such as type 2 diabetes mellitus, Diabetes Mellitus gestational; failure Urinary Tract Infection, Hypertension and; Hypothyroidism. All pregnant women who received psychological evaluation showed significant levels of stress (resistance phase: n = 05; exhaustion phase: n = 02) and anxiety (moderate level: n = 05), also revealed that pregnant women used as coping strategy (coping) to "search for religious practices" (42.8%) or "search for social support" (42.8%). The practice of pica was more that excessive consumption of ice (30.8 %) and fruit with salt (30.8%). **Conclusions:** Having in mind that pica may

be associated with increased perinatal risk it is very important that this practice will be investigated during prenatal consultations, with the objective of to adopt a preventive approach to avoid various complications for mother and fetus.

**Keywords:** pica, pregnancy, stress; anxiety.



## **DEDICATÓRIA**

Dedico esse trabalho aos meus pais.

## AGRADECIMENTO

Primeiramente agradecer aos meus pais, pelo amor, carinho, incentivo para estudar, e pelo exemplo para ser uma pessoa digna, generosa, com princípios éticos e amor à minha profissão que exerço com muita responsabilidade e dedicação.

O meu agradecimento especial a todos que contribuíram, de forma direta ou indireta, para a realização deste trabalho.

À Maternidade Escola por ser meu local de estudo e trabalho desde a época da graduação.

Às gestantes participantes, que disponibilizaram um tempo extra para avaliação psicodiagnóstica e que permitiram coletar dados para o estudo.

Às minhas colegas residentes e nutricionistas staff que me indicavam as gestantes com picamalácia atendidas no ambulatório e alojamento conjunto para participação no estudo. Isso foi fundamental para que o trabalho ocorresse.

À psicóloga Solange Frid e às estagiárias de psicologia (Suzy Anne Lopes e Vivian Alves) que se disponibilizaram como equipe da pesquisa, realizando as entrevistas com as gestantes.

À minha orientadora, professora Ana Cristina Barros da Cunha, pela generosidade, paciência e apoio para que esse trabalho fosse construído.

À minha co-orientadora, professora Cláudia Saunders, pelo incentivo, pela sabedoria, generosidade, disponibilidade e apoio para que esse trabalho fosse realizado.

Muito Obrigada!

## SUMÁRIO

<b>1. Introdução</b>	1
<b>2. Objetivo geral</b>	8
2.1. Objetivos específicos	8
<b>3. Justificativa</b>	8
<b>4. Metodologia</b>	9
<b>5. Aspectos éticos</b>	12
<b>6. Resultados</b>	13
6.1. Resultados referentes à análise nutricional	13
6.2. Resultados referentes à análise psicológica	16
<b>7. Discussão</b>	18
<b>8. Considerações finais</b>	23
<b>9. Referências bibliográficas</b>	24
<b>10. Anexos</b>	30

## 1. INTRODUÇÃO

Na literatura nacional e internacional, diferentes termos são utilizados para descrever a desordem alimentar conhecida como picamalácia, caracterizada pela ingestão persistente e compulsiva, de substâncias inadequadas com pequeno ou nenhum valor nutritivo, ou de substâncias comestíveis, mas não na sua forma habitual (combinações de alimentos que normalmente não fazem parte do seu hábito alimentar). Além desse, outros termos são propostos, tais como: pica, picacia, picacismo, malácia, geomania, pseudorexia, entre outros. Outra definição para pica refere-se ao gosto por alimentos esdrúxulos, condimentos raros ou substâncias estranhas (López, Ortega e Pita, 2007; Mills, 2007; Mortazavi e Mohammadi, 2010; Saunders et. al., 2009; Young, 2010).

O Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) da Associação de Psiquiatria Americana classifica a picamalácia a partir de 4 critérios: 1) como a ingestão persistente de substâncias não nutritivas por um período de pelo menos 1 mês; 2) ingestão de substâncias não nutritivas é inapropriada para o nível de desenvolvimento; 3) o comportamento alimentar não faz parte da cultura praticada; 4) se o comportamento alimentar ocorre exclusivamente durante o curso de outro transtorno mental, um diagnóstico separado de picamalácia deve ser feito somente se o comportamento alimentar é suficientemente severo para indicar uma atenção clínica independente (American Psychiatric Association, 1994).

A novidade que o DSM-V apresenta, é em relação aos critérios de diagnóstico da picamalácia. Orienta que essa desordem alimentar pode ocorrer em qualquer idade, e não mais apenas em indivíduos na fase da infância ou adolescência (American Psychiatric Association, 2013).

Já a Classificação Internacional de Doenças – CID-1064 classifica a picamalácia como um transtorno alimentar, e refere que pode ser uma deficiência nutricional não aparente nas gestantes (Goulart, Magalhães e Cremanesi, 2002; CID10).

Segundo Saunders et. al. (2009), dentre as perversões do apetite mais comuns encontram-se a pagofagia (ingestão de quantidades excessivas de gelo), a geofagia (ingestão de terra ou barro), a amilofagia (ingestão de goma, principalmente a de lavanderia), o consumo de miscelâneas (combinações atípicas) e frutas verdes. No entanto, outras substâncias não alimentares também são referidas, como palitos de fósforo queimados, cabelo, pedra e cascalho, carvão, fuligem, cinzas, comprimidos de antiácidos, leite de magnésia, borra de café, bolinhas de naftalina, pedaços de câmara de ar, plástico, tinta, sabonete, giz, toalha de

papel e, até mesmo, sujeira (Boyle e Mackey, 1999; López, Ortega e Pita, 2004; Mills, 2007; Nyaruhucha, 2009).

A etiologia da picamalácia parece ser complexa. Diversas causas (ambientais, nutricionais, socioeconômicas, fisiológicas, culturais e psiquiátricas) têm sido reconhecidas. Dentre os fatores emocionais, há relação com alterações hormonais e diminuição do estresse (Simpson et. al., 2000). O estresse pode ser definido como toda reação do organismo, juntamente com os componentes psicológicos, físicos, mentais e hormonais que ocorre quando surge a necessidade de uma grande adaptação a um evento estressor, mas que será prejudicial se houver exposição prolongada ao evento ou uma predisposição do indivíduo a determinadas doenças (Lipp, 2000, p.109).

De acordo com Vieira e Parizotto (2013), os hormônios femininos resultantes da gravidez sofrem aumento crescente na sua síntese, causando modificações no organismo materno a fim de que ocorra um adequado crescimento e desenvolvimento fetal. Além disso, alterações hormonais podem ocasionar mudanças orgânicas e comportamentais significativas para a mulher, inclusive com o desencadeamento ou a exacerbação de sintomatologia depressiva, tais como ansiedade, baixa concentração, irritabilidade, mudança no apetite, insônia, hipersônia e perda de energia.

A ansiedade é entendida como sendo um componente emocional que acompanha todo o período gestacional até o momento do parto, sendo caracterizada por um estado de insatisfação, intraquilidade, insegurança, incerteza e medo da experiência desconhecida. Essa ansiedade, pode ainda acarretar em sentimentos de incompetência, transtornos do sono, tensão muscular que causam dor, tremor e inquietação (Tedesco, 1997). Igualmente, Sarmiento e Setúbal (2003) afirmam que a gravidez é um estado normal de ambivalência, ou seja, toda gestante quer e não quer estar grávida ao mesmo tempo, pois no período gestacional ocorrem mudanças fundamentais na vida da mulher e de sua família, envolvendo a necessidade de reajustamento e reestruturação de alguns comportamentos referentes às mudanças de identidade e uma nova definição de papéis (Maldonado, 1997), que dizem respeito, principalmente, à transformação do papel de filha para incorporar o papel de mãe, o que significa assumir responsabilidades, cuidados e deveres em relação à criança. Além do mais, é um momento em que ansiedades e medos primitivos afloram e é preciso compreender essa ambivalência sem julgamentos.

Observam-se ao longo da gestação algumas ansiedades típicas vivenciadas pela mulher, que tem causas múltiplas e diretamente relacionadas ao período gravídico-puerperal. Por exemplo, no primeiro trimestre é frequente as gestantes terem sentimentos ambíguos

(querer e não querer a gravidez), sentir medo de abortar, ter oscilações de humor (aumento da irritabilidade), perceber as primeiras modificações corporais e alguns desconfortos, como náuseas, sonolência, alterações da mama e cansaço; além dos desejos e aversões por determinados alimentos. (Daher, 1999; Sarmiento e Setúbal, 2003). No segundo trimestre, quando a maioria das mulheres apresenta uma ansiedade com caráter maior de introversão e passividade, seguida de alterações do desejo e do desempenho sexual, alterações do esquema corporal e a percepção dos movimentos fetais e seu impacto, quando a presença do filho é concretamente sentida.

Já o terceiro trimestre é caracterizado pelas ansiedades que se intensificam com a proximidade do parto (medo do parto e da morte), pelas mudanças que a rotina do bebê trará e conseqüentemente há o aumento das queixas físicas. Nessa fase, se intensificam os pensamentos contraditórios, a ambivalência de sentimentos (querer ter o filho e terminar logo a gestação) e o desejo de adiar o parto como forma de retardar a necessidade de novas adaptações com a vinda do bebê (Maldonado, 1997; Melo e Lima, 2000; Soifer, 1992; Sarmiento e Setúbal, 2003; Szejer e Stewart, 2002).

Esse estado emocional pode resultar em comportamentos de enfrentamento (*coping*) da condição de vulnerabilidade por vezes pouco funcionais ou adaptativos, como é o caso da picamalácia. No caso de gestantes, acredita-se que os casos de picamalácia podem ser ainda subestimados e pouco valorizados, já que é uma desordem cujo diagnóstico e conseqüente notificação é difícil, devido ao constrangimento que a paciente experimenta ao falar sobre o assunto por se sentir envergonhada e com medo (Saunders et. al., 2009; Kachani e Cordás, 2009). Deve-se considerar também a falta de padronização para a investigação da picamalácia na assistência pré-natal ou, ainda, a falta de atenção dos profissionais de saúde em abordar o tema (Toker et. al., 2009; Mills, 2007).

Contudo, deve-se reconhecer a possível associação entre a prática de picamalácia com o resultado perinatal indesejável, que pode variar conforme a substância ingerida. Em estudo prospectivo com 227 gestantes realizado entre 2005-2006 na Maternidade-escola da UFRJ, onde esse estudo também foi conduzido, observou-se que o transtorno foi referido por 14,4% das gestantes adultas, sendo que 42,1% praticavam-na diariamente (Saunders et. al., 2009). Numa amostra de 281 gestantes do Texas, Rainville (1998) encontrou uma prevalência de 53,7% de gestantes que referiram picamalácia com gelo, 14,6% com gelo “raspado de freezer” e 8,2% de outros tipos, que incluíam amido de milho ou goma, talco, sujeira, argila, tijolo, grama, fermento, bicarbonato, farinha, e pontas de fósforos queimados. O grupo que praticava pagofagia (consumo excessivo de gelo) teve uma alta prevalência (27,1%) de

anemia durante a gestação, já o grupo sem picamalácia teve uma menor prevalência (20,4%) de anemia. O autor concluiu que gestantes que apresentam anemia deveriam ser questionadas sobre picamalácia, pois, se esta influi na absorção de minerais ou diminui a ingestão de alimentos ricos em ferro na dieta materna, pode resultar em anemia. Saunders et al. (2012) observaram em um estudo com gestantes adolescentes, que o grupo que praticava a picamalácia tinha ganho de peso materno (total por trimestre, total médio e velocidade de ganho semanal) significativamente menor que as gestantes sem picamalácia. Recentes estudos têm demonstrado que gestantes adolescentes têm tendência a ganhar e reter mais gordura do que gestantes adultas, particularmente as mais jovens por conta do crescimento materno ainda em plena velocidade. Entretanto, apontam que mesmo na fase mais tardia da adolescência, quando o crescimento materno já não é tão intenso, especialmente no terceiro trimestre de gestação ocorre um contínuo acréscimo de gordura corporal materna (Oken et al., 2008; Scholl, 2007). Nesse sentido, a ocorrência da pica pode inibir esse ganho de peso ótimo para a gestante adolescente, em particular das mais jovens. Vários autores apontam que o insuficiente ganho de peso gestacional pode influenciar negativamente o estado clínico da gestante, agravando problemas obstétricos e aumentando o risco de restrição do crescimento intrauterino e morbimortalidade perinatal (Saunders et al., 2010; Berlamino et al., 2009; Pencharz, 2005; Scholl et al., 1987; Padilha et al., 2007).

A prática de picamalácia entre as gestantes pode estar associada à síndromes hipertensivas na gravidez, à infecção do trato urinário, a interferências na absorção de nutrientes, ao envenenamento por chumbo e à hipercalemia (Saunders et. al., 2009; Simpson et. al., 2000; Toker et. al., 2009; Mills, 2007); além de anemia, constipação, distensão, obstrução intestinal, problemas dentários, infecções parasitárias, toxoplasmose e diabetes *mellitus* gestacional (Saunders et. al., 2009; Mills, 2007). Os efeitos da prática para o conceito são diversos, podemos destacar a associação com o parto prematuro, o baixo peso ao nascer, a irritabilidade do neonato, o perímetro cefálico fetal diminuído, a exposição fetal a substâncias químicas, tais como chumbo, pesticidas e herbicidas, e, por fim, com o aumento do risco de morte perinatal (López, Ortega e Pita, 2004; Rose, Porcerelli e Neale, 2000; Simpson et al., 2000).

Importante considerar que a gravidez, que já é um momento de grandes expectativas e mudanças na vida da mulher, passa a ser um período ainda mais estressante e propenso a problemas psicológicos quando ocorrem sob uma condição clínica como o Diabetes, Hipertensão arterial sistêmica (HAS), Infecção do trato urinário (ITU) e outras comorbidades que podem aparecer durante a gestação. Dessa forma, pode gerar um estado emocional de

maior insegurança, medos e angústias que culminam em estresse significativo. Muitas vezes para lidar com essa condição estressante, essa mulher passa a adotar estratégias não adequadas e pouco resilientes para dar conta da instabilidade emocional que passam a vivenciar. Nesse contexto, é que pode ocorrer uma desordem alimentar como a picamalácia, que tem sido pouco estudada, principalmente no que se refere aos aspectos psicológicos associados (Kachani e Cordás, 2009).

Nos poucos estudos existentes é consenso de que a picamalácia está associada ao estresse que ocorre durante a gestação (Young, 2010). Com o aumento do estresse materno ao longo da gravidez, algumas mulheres passam a adotar a ingestão de alimentos não nutritivos (picamalácia) como forma de alívio do estresse. A necessidade de controle da alimentação durante a gestação também pode causar irritabilidade e ansiedade na mulher grávida, podendo a picamalácia ser entendida como um mecanismo que diminuiria tal ansiedade (Kachani e Cordás, 2009; Young, 2010).

Nessa perspectiva, Young (2010) afirma que a picamalácia pode ser considerada como uma resposta de proteção do indivíduo ao estresse psicológico, ou seja, um “mediador do estresse” agindo através do sistema imunológico, ou seja, um hábito nervoso análogo a roer as unhas; porém, os poucos estudos sobre a relação entre picamalácia e estresse psicológico foram estudos de casos individuais ou estudos em nível de população em que o estresse foi medido de forma fora do padrão (por exemplo, estudo realizado por Bithoney et al., 1985 e Edwards et al., 1994). Assim, Young (2010) julga serem necessários maiores estudos com rigor metodológico e de caráter longitudinal que permitam confirmar tal hipótese e esclarecer a relação entre picamalácia e gravidez.

Devido seu caráter multifatorial e de etiologia ainda não determinada, o prognóstico da picamalácia será tão melhor quanto mais precoce for identificado o problema, que deve ser tratado por equipe multidisciplinar, incluindo médicos, psicólogos e nutricionistas (Kachani e Cordás, 2009).

No estudo de populações de risco, como grávidas com alguma intercorrência (diabetes, hipertensão, infecção do trato urinário), a adoção de estratégias de enfrentamento mais resilientes que minimizem o impacto do risco sobre o desenvolvimento são fundamentais. Considera-se aqui como fatores de risco ao desenvolvimento, os riscos gestacionais (picamalácia, por ex.) e os riscos ao desenvolvimento infantil (prematuridade, por ex.).



Tais fatores de risco expõem a díade mãe-conceito a condições emocionais desfavoráveis, que resultam em estresse e ansiedade, por exemplo, que são suficientes para afetar o desenvolvimento, saúde física e psíquica materna.

Dessa forma, o estresse constitui fator de risco em si por se tratar de um processo psicofisiológico que pode envolver desafio, sobreviver diante de uma ameaça ou lidar com uma adaptação, ainda que seja algo desejado como é o caso da gravidez. Importante considerar que a avaliação do evento estressor irá depender das suas experiências anteriores e possíveis recursos para o seu enfrentamento ou *coping*. Em face dessas proposições, Lazarus e Folkman (1984) definem as estratégias de *coping* como um processo pelo qual o indivíduo maneja os estímulos que julga ser estressante.

Observa-se que na literatura brasileira, utiliza-se amplamente tanto o termo enfrentamento como a palavra inglesa *coping*, para se referir ao mesmo conceito, da mesma forma que as estratégias de enfrentamento também são chamadas de estratégias de *coping* (Souza, 2010), ou seja, uma estratégia de enfrentamento geralmente orientada para redução do estresse (Antoniuzzi, Dell'aglio e Bandeira, 1998).

O modelo de *coping* de Folkman e Lazarus (1980) envolve quatro conceitos principais: (a) *coping* é um processo ou uma interação que se dá entre o indivíduo e o ambiente; (b) sua função é de administração da situação estressora, ao invés de controle ou domínio da mesma; (c) os processos de *coping* pressupõem a noção de avaliação, ou seja, como o fenômeno é percebido, interpretado e cognitivamente representado na mente do indivíduo; (d) o processo de *coping* constitui-se em uma mobilização de esforço, através da qual os indivíduos irão empreender esforços cognitivos e comportamentais para administrar (reduzir, minimizar ou tolerar) as demandas internas ou externas que surgem da sua interação com o ambiente, e são avaliadas como sobrecarga ou excedendo seus esforços pessoais (Folkman et al., 1986).

Dessa forma, Lazarus e Folkman (1984) afirmam que o *coping* está associado a um estímulo, ao qual o organismo tenta se adaptar e, considerado como estratégia, pode ser aprendido, usado e adaptado em cada situação. Nesse sentido, *coping*, como um processo dinâmico, é passível de avaliações e reavaliações que permitem mudança de condutas e concepções no enfrentamento do estressor.

De acordo com Folkman e Lazarus (1980) as respostas ou estratégias de enfrentamento são classificadas de acordo com suas funções, destacando como modalidades principais: *enfrentamento focalizado no problema* e *enfrentamento focalizado na emoção*.

O enfrentamento focalizado no problema se constrói como um esforço da pessoa, no sentido de tentar lidar ou modificar a situação que deu origem ao estresse. É um esforço no sentido de encontrar soluções práticas, como planejar um plano de ação ou se concentrar no próximo passo a seguir.

Já o enfrentamento focalizado na emoção leva em conta o esforço para a regulação do estado emocional que é desencadeado a partir de situações estressantes. Este tipo de enfrentamento pode consistir de atitudes de afastamento ou paliativas, diante da fonte de estresse, como por exemplo, o uso de drogas, álcool, descargas emocionais e outras (Folkman e Lazarus, 1980).

E, ainda, Folkman e Moskowitz, (2004) identificam outros tipos de estratégias de enfrentamento, tais como a busca de suporte social, de informação, a religião, entre outras, que podem atuar simultaneamente no processo de enfrentamento de uma única situação.

Pargament (1997) defende que os eventos são interpretados pelas pessoas de acordo com os significados que os mesmos têm para cada um. Ou seja, o que torna uma experiência estressante, não é o evento em si, mas as avaliações que as pessoas fazem da situação, o que leva a percepção do estressor como: ameaça, dano ou desafio. Dessa forma, os esforços despendidos pelos indivíduos para lidar com situações estressantes, crônicas ou agudas, têm se encontrado fortemente atrelado ao estudo das diferenças individuais.

Neste sentido, considera-se que a resposta de *coping* é uma ação intencional, física ou mental, iniciada em resposta a um estressor percebido, dirigida para circunstâncias externas ou estados internos (medo, ansiedade, angústia) (Lazarus & Folkman, 1984). Deste modo, ressalta-se a importância do estudo das estratégias cognitivas e comportamentais de enfrentamento às situações estressantes (*coping*) para a manutenção do equilíbrio biopsicossocial (Benute et al., 2011).

Em revisão crítica sobre a estrutura de *coping*, Skinner et al. (2003) estabeleceram como consenso na área o fato de que o estudo sobre o enfrentamento é fundamental para a compreensão sobre como o estresse afeta a vida das pessoas, tanto positiva quanto negativamente. De outro lado, a questão sobre como definir ou medir o enfrentamento ainda carece de consenso entre os pesquisadores (Cerqueira, 2000; Skinner et al., 2003). Considerando que o enfrentamento não é um comportamento específico que pode ser observado, nem mesmo uma crença pessoal que possa ser relatada, Skinner et al. (2003) reforçam a característica multidimensional do *coping*.

A avaliação das variáveis envolvidas no processo de enfrentamento (*coping*) dessas condições de risco podem subsidiar propostas de intervenção multiprofissional com enfoque

na prevenção de atrasos e riscos desenvolvimentais e na promoção de estratégias mais resilientes de enfrentamento no contexto de vulnerabilidade.

## **2. OBJETIVO GERAL**

O objetivo do presente estudo foi estudar os fatores nutricionais e psicológicos associados com a ocorrência da picamalácia em gestantes atendidas em uma maternidade escola pública do Rio de Janeiro.

### **2.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Com base no objetivo geral acima discriminado, foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- a) Caracterizar gestantes com diagnóstico de picamalácia, segundo as características socioeconômicas, antropométricas, clínicas e da assistência pré-natal;
- b) Investigar a existência de deficiência nutricional associada à prática de picamalácia na gestação;
- c) Descrever quais as substâncias e combinações atípicas mais utilizadas pelas gestantes;
- d) Avaliar a associação entre fatores psicológicos, como estresse, ansiedade e *coping*, das gestantes e a prática de picamalácia;

## **3. JUSTIFICATIVA**

Os estudos sobre Picamalácia em gestantes são escassos na literatura. E essa prática dentre as gestantes pode estar associada à anemia, condição que contribui para efeitos adversos para o conceito, como associação com o parto prematuro, o baixo peso ao nascer, e, por fim, pode aumentar o risco de morte perinatal.

Na prática da assistência pré-natal, muitas vezes, a picamalácia pode ser considerada simplesmente como uma alimentação extravagante da mulher grávida, e não como um problema de saúde. Contudo, trata-se de uma situação na qual a distinção entre os limites do normal e do patológico é difícil, sendo de suma importância investigar os fatores nutricionais e psicológicos envolvidos nesse transtorno.

A questão psicológica é relatada na literatura, porém poucos estudos buscaram investigar quais fatores psicológicos estão relacionados com a ocorrência da picamalácia,

assim como possíveis indicadores emocionais envolvidos no aparecimento do transtorno durante a fase gestacional como, por exemplo, o estresse. Sabemos que o estado emocional durante a gestação tem grande influência no comportamento da mulher grávida, desde no seu modo de alimentar-se, até no aparecimento dos famosos “desejos de grávida”, que é quando podem surgir os desejos inexplicáveis por substâncias não nutritivas ou combinações atípicas.

Por fim, é relevante investigar esse problema em gestantes, uma vez que tal estudo pode contribuir para a compreensão dos fatores associados ao transtorno alimentar e subsidiar estratégias multidisciplinares para o seu tratamento.

#### **4. METODOLOGIA**

O desenho do estudo é descritivo, de caráter exploratório, e foi realizado com 13 gestantes com idades na faixa etária de 16 a 40 anos e média de 28,1 anos de idade, atendidas na Maternidade Escola da UFRJ (Universidade Federal do Rio de Janeiro) do município do Rio de Janeiro, Brasil, no período de Julho a Outubro de 2013. Os critérios de inclusão para composição da amostra foram:

- 1) mulheres com gestação de feto único, com início da assistência pré-natal até a 30<sup>a</sup> semana gestacional;
- 2) mulheres que se referissem a episódios de picamalácia durante consulta clínica.

Todas as gestantes foram acompanhadas pelo serviço de pré-natal da unidade, incluindo acompanhamento nutricional, com pelo menos 4 (quatro) consultas com o nutricionista; e atendimento psicológico, com pelo menos 1 (uma) consulta de avaliação psicodiagnóstica com a psicóloga. Além disso, todas as gestantes participaram logo no início do pré-natal, de uma Ação Educativa Multiprofissional, em grupo, conduzido por equipe de enfermeira, assistente social, psicóloga e nutricionista. O grupo de Ação Educativa Multiprofissional era uma atividade de rotina do ambulatório pré-natal e tinha como objetivo fornecer orientações gerais, esclarecer dúvidas típicas de início de gestação, em relação às áreas de enfermagem, assistência social, psicologia e nutrição.

Na assistência nutricional pré-natal foi realizada a avaliação nutricional detalhada que subsidiou a orientação individualizada, incluindo avaliação dietética, antropométrica, clínica, bioquímica, funcional, sociodemográfica e obstétrica.

Na avaliação dietética foi investigada a prática de picamalácia, ou seja, quando a gestante se referia a ingestão de substâncias não alimentares e combinações atípicas,

combinações estranhas de alimentos citadas pelas próprias gestantes e definidas por elas como estranhas e que não fazem parte do seu hábito alimentar. Para a identificação dos casos de picamalácia, empregou-se a entrevista padronizada (Saunders et al., 2009) (Anexo 1) em todas as consultas com o nutricionista, com questões sobre a ocorrência do transtorno, sua frequência e quais as substâncias ingeridas.

Ainda o nutricionista orientou a substituição da prática pela ingestão de alimentos de sua preferência. A nutricionista ainda orientava a gestante a evitar contato com as substâncias desejadas, além de esclarecer sobre os riscos associados à prática.

Para a avaliação antropométrica materna, foi calculado o Índice de Massa Corporal (IMC) pré-gestacional com base no peso informado ou medido até a 13ª semana de gestação. O ganho de peso gestacional total foi estimado por meio da subtração do peso pré-parto (ou do registrado na última consulta da assistência pré-natal) do peso pré-gestacional. Para avaliação da adequação do ganho de peso gestacional, adotou-se a recomendação do Ministério da Saúde (2006), em vigor no Brasil, validada para gestantes atendidas na unidade em estudo (Padilha et al., 2009).

Na avaliação clínica foram investigados a sintomatologia digestiva, os sinais sugestivos de carências nutricionais específicas e as intercorrências gestacionais. Informações sobre as intercorrências gestacionais foram obtidas por meio de consulta aos pareceres da equipe médica e avaliação dos exames laboratoriais incluídos nos prontuários. Os casos de anemia na gestação foram diagnosticados considerando concentrações de hemoglobina menores que 11g/dL (MS, 2006). Na análise dos dados, foi considerada também a concentração de hemoglobina de acordo com a semana de gestação, sendo identificados os casos de anemia por trimestre gestacional.

As condutas adotadas para as intercorrências gestacionais na unidade estudada se baseavam nas recomendações oficiais do Ministério da Saúde (2006 e 2013), destacando-se a suplementação de ferro e ácido fólico para os casos de anemia, com dosagem variada para a prevenção e tratamento, e orientação alimentar específica para cada intercorrência gestacional (Saunders et al., 2009; Saunders, Bessa e Padilha, 2009).

Após a avaliação e orientação do nutricionista, a gestante era encaminhada para o atendimento psicológico, em que era realizada a avaliação psicodiagnóstica por meio dos seguintes instrumentos de avaliação psicológica:

1) Para avaliação da ansiedade: Escalas Beck (17-80 anos de idade), BAI - Inventário de Ansiedade Beck, com normas e padronização brasileira (Cunha, 2001), é usada para avaliação do nível de ansiedade, através de uma escala de auto-relato, com 21 itens contendo

afirmações descritivas. Cada item mede a intensidade de sintomas de ansiedade e deve ser avaliados pelo sujeito com referência a si mesmo, por meio de uma escala do tipo Likert de 4 pontos, que refletem os níveis de gravidade crescente de cada sintoma: 1. Absolutamente não; 2. Levemente: não me incomodou muito; 3. Moderadamente: Foi muito desagradável, mas pude suportar; 4. Gravemente: dificilmente pude suportar. Para cada resposta, tem-se um escore de 0 a 3 pontos e, assim, para cada item atribui-se um escore individual. A soma dos escores individuais representa o escore total, que pode variar de 0 a 63, de acordo com os seguintes níveis:

<i>Nível</i>	<i>Escore</i>
Mínimo	0 – 10
Leve	11 – 19
Moderado	20 – 30
Grave	31 – 63

2) Para avaliação do estresse: Inventário de Sintomas de Stress para Adultos (Lipp, 2000), padronizado para população brasileira, é baseado no modelo trifásico do estresse desenvolvido por Selye (1951), que descreve a resposta orgânica a situações estressoras como a Síndrome de Adaptação Geral em três fases: alerta, resistência e exaustão. No período da padronização do inventário, uma quarta fase foi identificada, denominada de quase-exaustão, por se encontrar entre a fase de resistência e a de exaustão. Ficando assim definido: Fase 1 – Alerta; Fase 2 – Resistência; Fase 3 – Quase exaustão; Fase 4 – Exaustão. Esse instrumento fornece uma medida objetiva de sintomatologia do stress em jovens acima de 15 anos e adultos. Sua avaliação permite identificar se o avaliado possui sintomas de *stress*, o tipo de sintoma existente (somático/físico ou psicológico) e a fase em que se encontra, por meio de um modelo quadrfásico do estresse; Não é necessário ser alfabetizado, pois os itens podem ser lidos para a pessoa. O ISSL é formado por três quadros referentes às fases do estresse. O primeiro quadro, composto de 15 itens refere-se aos sintomas físicos ou psicológicos que a pessoa tenha experimentado nas últimas 24 horas. O segundo, composto de dez sintomas físicos e cinco psicológicos, está relacionado aos sintomas experimentados na última semana. E o terceiro quadro, composto de 12 sintomas físicos e 11 psicológicos, refere-se a sintomas experimentados no último mês. Alguns dos sintomas que aparecem no quadro 1 voltam a aparecer no quadro 3, mas com intensidade diferente. No total, o ISSL apresenta 37 itens de natureza somática e 19 psicológicas, sendo os sintomas muitas vezes repetidos, diferindo

somente em sua intensidade e seriedade. A fase 3 (quase-exaustão) é diagnosticada na base da frequência dos itens assinalados na fase de resistência.

3) Para avaliação do coping: Escala “Modos de Enfrentamento de Problemas” – EMEP (Seidl, Tróccoli & Zannon, 2001), permite uma análise clínica ou qualitativa das estratégias de enfrentamento utilizadas em situações de vulnerabilidade, a partir da avaliação da resposta a 45 itens, distribuídos em quatro fatores: 1. *Estratégias de enfrentamento focalizadas no problema*; 2. *Estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção*; 3. *Estratégias de enfrentamento focalizadas em práticas religiosas/pensamento fantasioso*; e 4. *Estratégias de enfrentamento focalizadas na busca de suporte social*; As respostas são dadas em uma escala de cinco pontos, variando do “eu nunca faço isso” ao “eu faço isso sempre”. Na análise da EMEP, efetuou-se o somatório dos valores assinalados na escala Likert de 5 pontos, categorizando segundo 4 subescalas, em que a maior média dos escores indica a principal estratégia de enfrentamento usada individualmente (Seidl, Tróccoli & Zannon, 2001).

A coleta de dados do estudo foi feita por pesquisadores treinados, reciclados e supervisionados, visando a padronização dos procedimentos e a orientação nutricional previamente padronizada. A coleta de informações foi realizada por meio de consulta aos prontuários, registros da equipe de saúde e entrevista individuais às gestantes, com preenchimento de protocolos e instrumentos de avaliação pré-testados, com posterior análise dos dados coletados de acordo com as instruções dos instrumentos de avaliação psicológica e dos objetivos da avaliação nutricional.

Todos os dados coletados foram processados e organizados em planilhas do software Microsoft Excell para posterior análise. Realizou-se análise exploratória qualitativa dos dados, com base no cálculo das medidas de tendência central – média e desvio padrão (DP) – e de dispersão das variáveis contínuas.

## **5. ASPECTOS ÉTICOS**

O estudo foi planejado respeitando-se os aspectos éticos previstos pelo Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética da Maternidade-Escola, da UFRJ, em 06 de setembro de 2012 (parecer nº 91.838) (Anexo 3). Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 4), ficando garantido o anonimato de sua identidade e prestado todas as informações e esclarecimentos sobre a pesquisa, assim como explicitado o sigilo de sua participação. A pesquisa não realizou nenhum procedimento

considerado invasivo ou de risco moderado para as participantes e a coleta de dados foi realizada de forma que as participantes se sentissem confortáveis.

E, ainda, a pesquisa teve como benefícios o acompanhamento com nutricionista, que realizou orientação nutricional individualizada, com esclarecimento de dúvidas relacionadas à alimentação e comorbidades associadas, acompanhamento e assistência nutricional, possibilitando um melhor resultado obstétrico; além da participação em ações educativas e o acompanhamento psicológico, que ofereceu suporte psicológico a fim de minimizar condições de estresse e ansiedade próprios da gravidez. Além disso, os resultados dessa pesquisa ajudarão na reflexão e construção de rotinas de assistência pré-natal direcionadas para gestantes de baixo e alto risco, melhorando, assim, a saúde das mulheres e de seus filhos.

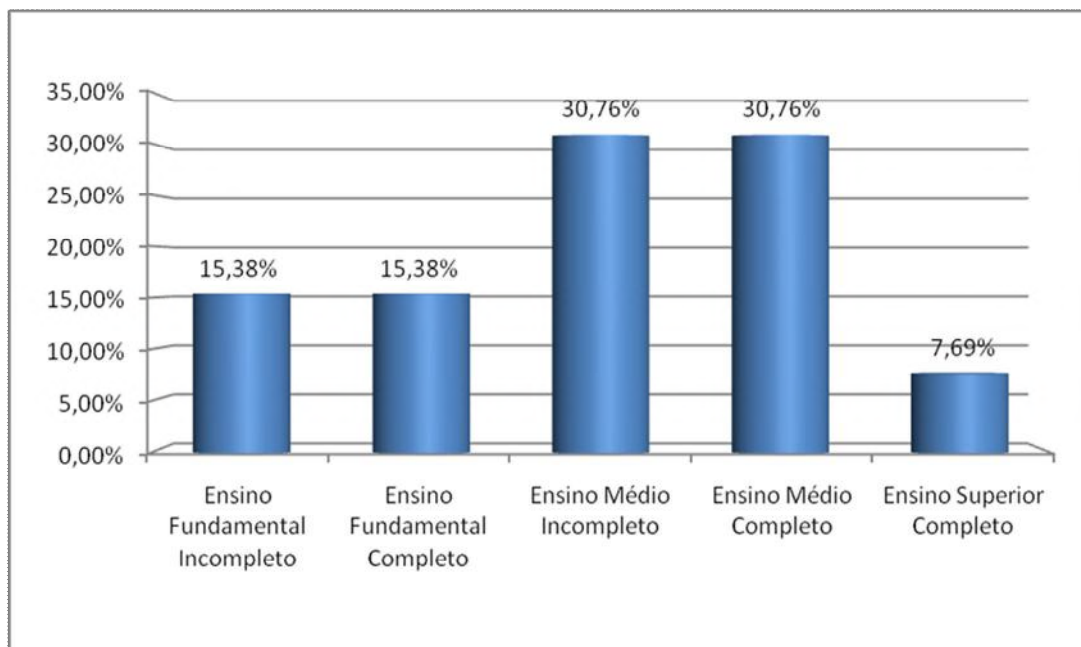
## **6. RESULTADOS**

Os resultados serão apresentados em termos dos dados coletados na avaliação nutricional, ou seja, a caracterização das gestantes em termos de indicadores socioeconômicos, antropométricos, clínicos e da assistência pré-natal; assim como os dados da avaliação psicológica, ou seja, os indicadores de ansiedade, estresse e *coping*.

### **6.1. RESULTADOS DA AVALIAÇÃO NUTRICIONAL**

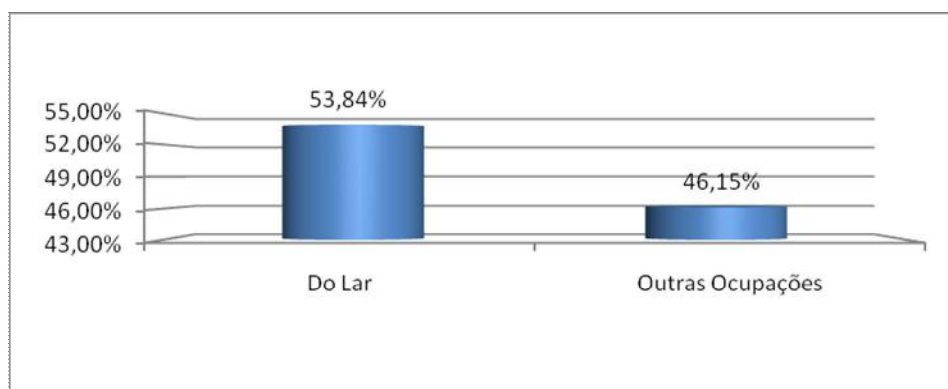
Como características gerais da amostra foram encontrados os resultados apresentados a seguir. Como pode ser observado na Figura 1, em relação à escolaridade, a maioria das gestantes (61,52%) possuía o ensino médio, sendo que 30,76% (n=04) possuíam o ensino médio completo e outras 30,76% (n=04) tinham ensino médio incompleto.





**Figura 1** – Caracterização das gestantes segundo o grau de escolaridade.

Em relação à ocupação, do total de 13 gestantes, 53,84% (n=07) eram donas de casa (“do lar”), enquanto que 46,15% (n=06) possuíam algum tipo de trabalho remunerado, tais como manicure, doméstica, auxiliar de escritório, técnica de enfermagem, entre outros.



**Figura 2** – Caracterização das gestantes segundo a ocupação.

De acordo com a avaliação das características antropométricas pré-gestacionais, verificou-se que a média do IMC (Índice de Massa Corporal) pré-gestacional foi de 25,65Kg/m<sup>2</sup> (DP = 4,9). Das gestantes estudadas, 53,8% (n=7) foram classificadas como Eutróficas, 23,1% (n=3) com Sobrepeso e 23,1% com Obesidade.

Com relação à assistência pré-natal, a média do número de consultas do pré-natal foi de 10 (DP = 2,8), já a média de consultas com o nutricionista foi de cinco encontros (DP = 2,2). Por fim, o atendimento psicológico ocorreu, em média, em dois encontros.

Constatou-se na investigação das comorbidades, que somente quatro gestantes (30,8%) não apresentavam comorbidades. A maioria (69,2%) apresentava algum tipo de comorbidade, como: Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) – 22,2% (n=02); Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) – 66,6% (n=06); Insuficiência do Trato Urinário (ITU) – 11,1% (n=01); Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) – 11,1% (n=01) e; Hipotireoidismo – 11,1% (n=01). Relativo especificamente ao Diabetes, do total de 13 participantes, oito gestantes (61,5%) eram diabéticas (6 DMG e 2 DM prévia).

E, ainda, foi observado que a maioria (84,61%; n = 11) das gestantes apresentava queixa de presença de sintomatologia digestiva, como pirose, enjôo, êmese e constipação intestinal.

Relacionando a prática de picamalácia às deficiências nutricionais, verificou-se que apenas uma gestante (7,7%) apresentou anemia leve no 3º trimestre de gestação.

Na Tabela 1 verifica-se as substâncias não alimentares ou combinações atípicas (combinações de alimentos que normalmente não fazem parte do seu hábito alimentar) mais citadas pelas gestantes, conforme relato nas consultas com o nutricionista.

**Tabela 1** - Substâncias não alimentares ou combinações atípicas citadas como prática de picamalácia pelas gestantes.

<b>Substâncias não alimentares ou combinações atípicas</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Gelo	4	30,8
Fruta verde (manga, cajá e abacaxi) com sal	4	30,8
Tijolo / barro molhado	2	15,4
Peixe frito com geléia de morango	1	7,7
Sorvete com tomate	1	7,7
Frango com leite condensado	1	7,7
Pé-de-moleque com pão	1	7,7

Sabonete	1	7,7
Detergente de coco e naftalina	1	7,7
Farinha de mesa com leite e açúcar	1	7,7
Maçã com Ketchup	1	7,7
Paçoca com coca-cola	1	7,7
Sanduíche de Hambúrguer com farinha de mandioca	1	7,7
Beterraba com açúcar	1	7,7

Foi observado em alguns casos que a mesma gestante referia diferentes tipos de picamalácia. Durante as consultas, algumas participantes relatavam que um tipo de prática ocorria concomitantemente naquele período da gestação, por exemplo, consumo excessivo de gelo simultâneo ao consumo de uma determinada combinação atípica. Já outras gestantes referiam acontecer em momentos diferentes, por exemplo, consumir “terra molhada” no primeiro trimestre e consumir “maçã com ketchup” no segundo trimestre gestacional. Por isso, podemos observar que na Tabela 1 o número total não é igual à 13 gestantes, já que não foi relatada apenas um tipo de picamalácia por gestante.

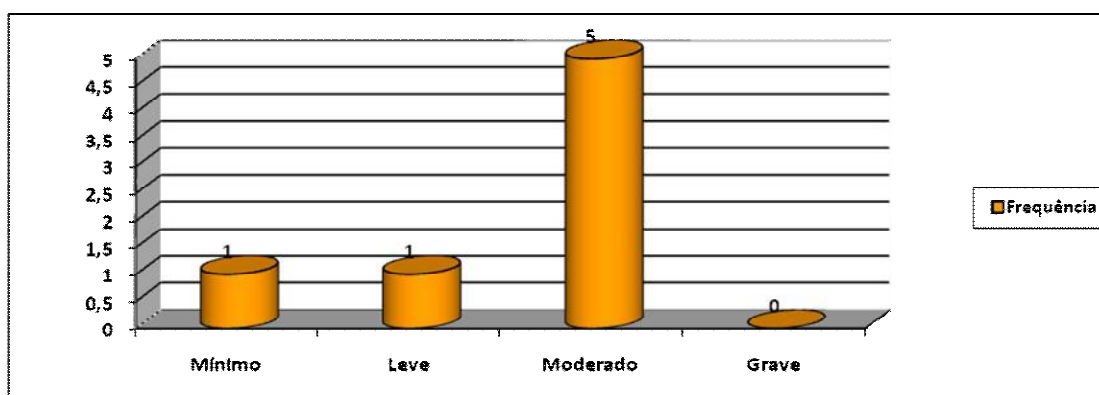
Dentre o total das 13 mulheres participantes praticantes de picamalácia, foi verificada maior proporção de casos de queixa de presença de alguma sintomatologia digestiva (84,61%), Diabetes gestacional ou prévia (61,53%), Infecção do trato urinário (7,69%) e Hipertensão arterial (7,69%).

## **6.2. RESULTADOS REFERENTES À AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA**

Devido a rotina de consultas no ambulatório de pré-natal, quando as mulheres grávidas em um mesmo dia passam por diferentes especialidades, não foi possível abordar todas as 13

participantes para avaliação psicológica. Dessa forma, foi realizada a avaliação psicodiagnóstica em apenas sete gestantes, antes das mesmas entrarem em processo de parto.

Na Figura 3 abaixo podem ser observados os dados de ansiedade das sete gestantes avaliadas em atendimento psicológico. Os indicadores de ansiedade identificados pelo Inventário BAI das Escalas BECK sugerem que cinco (71,4%) foram classificadas com nível moderado de intensidade de ansiedade; uma gestante (14,3%) com nível mínimo e uma no nível leve (14,3%).



**Figura 3** – Níveis de Ansiedade pelo Inventário BAI (Escalas BECK) (n = 07)

A Figura 4 mostra os resultados da avaliação das sete gestantes em relação ao Inventário de Sintomas de Stress para Adultos (ISSL), onde verifica-se que cinco gestantes (71,4%) se encontravam na fase de resistência e duas (28,6%) na fase extrema de exaustão. Lembrando que nenhuma se mostrou na fase 1 e 3, alerta e quase-exaustão, respectivamente.



**Figura 4** – Níveis de estresse pelo ISSL, Inventário de Sintomas de Stress de Lipp (n = 07)

Na Tabela 2 a seguir, mostra a prevalência das gestantes pela avaliação do instrumento EMEP (Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas), onde podemos observar que três gestantes (42,8%) tiveram como principal estratégia de enfrentamento a busca por práticas

religiosas; outras três gestantes buscaram suporte social para lidar com o problema; e uma (14,3%) utilizou estratégias de enfrentamento focalizadas no problema.

**Tabela 2:** Prevalência das gestantes de acordo com a Classificação EMEP

<i>Classificação EMEP</i>	<i>Frequência</i>	<i>Percentil</i>
Práticas Religiosas	3	42,8
Suporte Social	3	42,8
Focada no Problema	1	14,3
Focada na Emoção	0	0,0
Total	7	100,0

Cabe ressaltar que nenhuma participante utilizou estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção, de acordo com avaliação do *coping* pela EMEP.

## 7. DISCUSSÃO

Ressalta-se que é escassa a literatura acadêmica sobre o tema, ‘Picamalácia x Fatores Nutricionais e Psicológicos’, principalmente estudos que tenham como objetivo pesquisar esta associação durante o período gestacional. A maioria dos estudos buscou avaliar a prevalência da picamalácia entre as gestantes, o surgimento do transtorno alimentar durante a gestação, a existência de associação com fatores sócio-demográficos, entre outros. E, ainda, muitos estudos fazem suposições de que a picamalácia pode estar relacionada com questões psicológicas, como o estresse; porém, poucos pesquisaram estas questões como possíveis causas ou desencadeadores do aparecimento da picamalácia.

Os dados apresentados no presente estudo confirmam o que vem sendo relatado na literatura. Verificou-se que, dentre os motivos alegados para a prática, o alívio de sintomatologia digestiva esteve relacionado, assim como se observou indicadores de ansiedade e estresse importantes, observado na grande maioria das participantes que passaram por avaliação psicológica. Achados semelhantes são descritos com gestantes americanas, cuja ingestão de substâncias como argila, maisena e bicarbonato de sódio, foram associadas ao alívio da sintomatologia digestiva (López, Ortega e Pita, 2004). De fato, a picamalácia pode ser um comportamento de adaptação, de aceitação, de representação de uma necessidade

fisiológica ou de um desejo por uma substância não nutritiva como forma de alívio do desconforto peculiar da gestação.

Lofts (1990) relata que 54% de adultos com deficiência mental, que têm picamalácia, a concentração de zinco é baixa em comparação a 7% no grupo que não possui tal deficiência. Também comprovou que os problemas digestivos mais frequentes, como vômitos, ruminação e uso de medicamentos para tratar a queixa digestiva, ocorriam no grupo deficiente em zinco e com a prática da picamalácia. No entanto, esse autor sugere mais estudos que investiguem a relação entre zinco e picamalácia com distúrbios digestivos, já que o mineral zinco está envolvido em diversas funções do organismo, como: imunidade, crescimento, reprodução, visão, paladar e olfato, sendo também reconhecida sua participação em complexos enzimáticos e no metabolismo dos neurotransmissores, ácidos graxos e melatonina.

Tais constatações reforçam ainda mais a necessidade da investigação das deficiências nutricionais relacionadas à prática da picamalácia, o que foi feito no presente estudo.

Ainda que neste estudo não tenha sido avaliada a ingestão de nutrientes, vários outros estudos, como os de López, Ortega e Pita (2004) e de López, Ortega e Pita (2007), observaram que as mulheres com hábito de picamalácia revelaram ingestões inferiores ( $p < 0,03$ ) de carboidratos, proteínas animais, ferro heme e zinco. Tais alterações alimentares podem levar a baixo ganho de peso, deficiências nutricionais e outras intercorrências. Isto posto, demonstra-se mais um motivo para o diagnóstico precoce do transtorno a fim de revertê-lo ou corrigi-lo, orientando as mulheres para uma alimentação equilibrada e uso de suplementos durante a gestação.

As principais substâncias não alimentares utilizadas pelas gestantes foram: gelo, fruta verde com sal, tijolo / barro molhado e combinações atípicas de alimentos (combinações de alimentos que normalmente não fazem parte do seu hábito alimentar). Em estudo de revisão, López, Ortega e Pita (2004) relataram que a maior parte da informação sobre esta prática provém de estudos realizados nos Estados Unidos, das regiões da Califórnia, onde as formas mais frequentes de picamalácia são a pagofagia, ou seja, ingestão excessiva de gelo, e a amilofagia, que é o consumo de amido. Em estudo realizado em São Paulo, observou-se que o tijolo foi a substância mais consumida pelas gestantes, representando 20% da amostra.

Em estudo prospectivo e descritivo foi verificado que a prevalência de picamalácia foi de 38%, sendo mais frequente entre as gestantes de origem africana e nas com baixo peso pré-gestacional (Corbett, Rya e Weinrich, 2003). E observaram que, apesar destas gestantes não demonstrarem nenhuma complicação específica relacionada à picamalácia, os níveis de hematócrito não foram suficientemente baixos para caracterizar um diagnóstico de anemia.

Contudo, como demonstrado na literatura, a picamalácia aparece antes da anemia (Adam, Khamis e Elbashir, 2005; Baig-Ansari et al., 2008; Saunders et al., 2009; Woywodt e Kiss, 2002;) e baixos níveis de hematócrito podem predizer uma nutrição deficiente e uma futura anemia.

No presente estudo, verificou-se que uma das gestantes que praticava picamalácia apresentou anemia leve no 3º trimestre de gestação (7,69%). Assim, ressalta-se a importância da investigação da picamalácia em todas as consultas de pré-natal, com vistas à prevenção e controle da anemia gestacional. A anemia é uma intercorrência comum dentre gestantes brasileiras, conforme descrito na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS 2006) (MS, 2009). O Ministério da Saúde (2012) estima que a prevalência seja de 50% de mulheres grávidas acometidas. A anemia está associada com 115.000 mortes maternas a cada ano, associada com 1/5 do total de mortes maternas (Micronutrient Initiative, 2009).

A deficiência de ferro na gestante pode acarretar efeitos adversos tanto para a sua saúde quanto para a do recém-nascido. As anemias moderada e grave na gravidez estão associadas ao aumento na incidência de abortos espontâneos, partos prematuros, baixo peso ao nascer e morte perinatal. Os efeitos no feto podem resultar em restrição do crescimento intra-uterino, prematuridade, morte fetal e anemia no primeiro ano de vida, devido às baixas reservas de ferro no recém-nascido (Rocha et al., 2005; Elert, Machado e Pastore, 2013).

O Ministério da Saúde do Brasil (2013) recomenda a suplementação universal profilática de 40 mg de ferro elementar e 400 mcg de ácido fólico, uma hora antes das refeições, diariamente, a partir da 20ª semana de gestação em gestantes sem anemia. Vale ressaltar que, a prevalência de anemia gestacional verificada neste estudo foi aquém da estimada para o Brasil, possivelmente devido à universalidade do pré-natal e ao alto índice de uso de suplementação de ferro.

Em relação à associação entre as intercorrências gestacionais e a prática de picamalácia observada no presente estudo, verificou-se que 69,2% da amostra possuía alguma comorbidade. Estudos demonstram que gestantes que apresentam o hábito de consumir substâncias não alimentares têm uma tendência à hipertensão arterial, hipocalcemia e alterações hidroeletrólíticas, corrigidas logo que os hábitos alimentares são modificados (Saunders et al., 2009). O fato da picamalácia se associar à anemia gestacional e à presença de intercorrências maternas reforça a necessidade de ser investigada no cenário da assistência pré-natal, por ser um marcador de intercorrências gestacionais.

Raja, Mahantesh e Louis (2011) fazem um alerta para uma possível associação entre o Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) e a picamalácia, já que a gestante diabética apresenta uma tendência a ter anemia durante a gestação. Dessa forma, a gestante com DMG pode desenvolver a picamalácia e, com isso, ter maior chance de resultado perinatal indesejável, como os já citados anteriormente. Neste estudo, verificou-se que 61,53% das gestantes com picamalácia também tinham diabetes (6 DMG e 2 DM prévias).

Ainda que o mecanismo exato pelo qual a anemia é causada, em condições inflamatórias crônicas, seja desconhecido, pode-se dizer que o mecanismo fisiopatológico da anemia em pacientes com diabetes pode ser explicado por meio de uma combinação de: deficiência de ferro dietético; deficiência de ferro funcional devido atividade da interleucina 6 (IL-6) e hepcidina; deficiência ou hiporeatividade da eritropoietina; e a ação de drogas antagonistas à angiotensina (Raja, Mahantesh e Louis, 2011).

Sabe-se que condições inflamatórias crônicas, como o Diabetes, podem levar a liberação de citocinas inflamatórias, principalmente interleucina 6 (IL-6). Tendo como consequência uma produção em quantidades aumentadas de hepcidina pelo fígado, um hormônio polipeptídico que em altas concentrações impede a saída do ferro em macrófagos e enterócitos duodenais, reduzindo o ferro circulante e favorecendo a anemia. Citocinas inflamatórias também parecem influenciar em outros aspectos importantes no metabolismo de ferro, tais como a diminuição na expressão de ferroportina (canais de ferro), e possivelmente suprimindo a eritropoiese, ou seja, diminuindo a capacidade da medula óssea de produzir eritrócitos (glóbulos vermelhos) do sangue (Bagni e Veiga, 2011). Dessa forma, a gestante diabética tem grande risco de desenvolver anemia. E como visto em alguns estudos (Rainville, 1998; Geissler et al., 1999; Saunders et al., 2009), gestantes com picamalácia tem maior risco de desenvolver anemia, e se estas, adicionalmente apresentarem diabetes (prévio ou DMG), a chance de ter anemia pode ser ainda maior nessas mulheres.

Foi observado também que algumas gestantes durante as consultas de nutrição relatavam ter sentido “muito desejo” de comer substâncias não alimentares (“isopor” e “pneu”), mas não o fizeram por “não terem coragem” e “medo” de fazer mal à sua saúde e a do concepto. Ainda que para essas mulheres a prática da picamalácia não tenha se consumado, o relato desse “desejo” por si só pode ser um indício de uma futura deficiência nutricional ou pode indicar uma forma de expressar o estresse ou a ansiedade, identificados na avaliação psicodigánóstica. Essa seria uma hipótese que merece ser melhor investigada em futuros estudos, com amostra mais ampla que permita estabelecer correlações estatísticas confiáveis, o que não foi possível nesse estudo.



Verificou-se que, no total das sete gestantes avaliadas psicologicamente, a maioria se encontrava com indicadores de ansiedade em nível moderado e nenhuma ao nível grave, o que está de acordo com a literatura, que afirma ser esperado certo grau de ansiedade em toda gestação. Essa ansiedade indica que a gestante sabe dos riscos que ela e o conceito correm (contato adequado com a realidade) (Souza, 2010). Todas apresentaram quadro clínico de estresse, inclusive cinco gestantes se encontravam na fase de resistência e duas na fase de exaustão, o que significa um nível mais crítico de estresse. Nesta fase doenças graves podem ocorrer nos órgãos mais vulneráveis, como infarto, úlceras, psoríase, depressão e outros (Lipp, 2003).

Tais dados sugerem que a picaalácia também surge como uma forma de aliviar a tensão decorrente da ansiedade e do estresse, já que segundo Vieira e Parizotto (2013) a gestação é um momento da vida da mulher em que ocorrem diversas alterações emocionais, tanto devido às mudanças hormonais, quanto pelas mudanças biopsicossociais próprias da gravidez que pode, inclusive, se caracterizar como um período de luto que exige a elaboração de uma nova situação de vida pela mulher.

Em relação ao *coping*, avaliado pela EMEP, Escala de Enfrentamento de Problema, foi observado que um dos tipos de *coping* mais utilizado pelas gestantes foi a “busca por suporte social”. Estratégias de enfrentamento baseadas no suporte social tem haver com a ideia de que o apoio, tanto familiar quanto sócio-econômico, pode facilitar lidar com esse período de mudanças e de risco perinatal. Um outro fator encontrado foi o enfrentamento “focalizado na busca por práticas religiosas”, adotado por 42,8% da amostra. Segundo Folkman e Moskowitz (2004) a religião pode tanto ser colaboradora na resolução dos problemas quanto ser considerada responsável absoluta pelo desfecho do mesmo, através do uso de pensamento fantasioso.

Quando o enfrentamento se foca na religião estar associado a sintomas de ansiedade e/ou depressão pode-se pensar que este modo de enfrentamento está sendo utilizado de maneira mais fantasiosa do que realista (Souza, 2010). Desse modo, a gestante espera pela resolução do problema sem participar ativamente do processo, e isso deve ser melhor investigado e acompanhado. Apenas uma gestante referiu o *coping* “focalizado no problema”, o que significaria uma atitude proativa frente ao problema, mas que não foi observado na maioria das participantes. Esse dado sugere que aquelas mulheres não buscavam conhecimento dos riscos das intercorrências presentes para elas e para seus filhos, o que confirma a necessidade de uma atenção que privilegie a informação das gestantes sobre a gravidade da situação, podendo, assim, modificar seus hábitos e encontrar soluções.

Na Tabela 2, observa-se que nenhuma gestante utilizava o  *coping*  “focalizado na emoção”, o que é um dado importante e bem avaliado, já que este modo de enfrentamento é considerado pouco funcional e\ou adaptativo, pois utiliza comportamentos de fuga e atitudes paliativas, como uso de álcool, drogas lícitas e ilícitas, descargas emocionais, entre outras, para manejar os eventos estressores.

Como limitação do estudo, reconhece-se que a prevalência descrita pode ter sido subestimada pela dificuldade das gestantes em admitirem a prática. Por outro lado, a definição de picamalácia foi ampliada, sendo considerado como transtorno alimentar toda a ingestão de substâncias não alimentares e combinações atípicas de alimentos. Uma dificuldade adicional de estudar a picamalácia é que esse transtorno não se encaixa facilmente em uma categoria conceitual, e os instrumentos de avaliação dietética e psicológica não investigam o transtorno de forma apropriada.

## **8. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Diante do exposto, é possível nesse estudo, concluir que tanto determinantes nutricionais, como anemia, presença de comorbidades e de sintomatologias digestivas, quanto a vulnerabilidade emocional típica da gravidez influenciam no aparecimento da picamalácia.

A gravidez implica naturalmente em maior vulnerabilidade e desorganização de padrões anteriores, modificações fisiológicas e estados emocionais peculiares, o que contribui para certo grau de ansiedade na mulher. Dessa forma, tais fatores próprios da gravidez podem contribuir para o surgimento da picamalácia na gestação, e seus riscos irão depender da frequência e da substância ingerida.

Logo, a picamalácia deve ser investigada na assistência pré-natal e reconhecida como um possível fator de risco para a saúde materna e fetal. Importante que nos serviços de saúde com acompanhamento de pré-natal sejam implantados instrumentos padronizados com objetivo de investigar a picamalácia de forma apropriada, tanto do ponto de vista nutricional quanto psicológico. Além disso, é fundamental que os profissionais de saúde sejam conscientizados da importância do diagnóstico precoce desse transtorno alimentar, associado à práticas preventivas para a saúde das gestantes e conceptos.

Ressalta-se, por fim, a importância do trabalho multidisciplinar no atendimento em saúde materno-infantil. As gestantes que têm a oportunidade durante as consultas de pré-natal de contar com esse cuidado integral (clínico, nutricional e psicológico) certamente possuem maiores chances de um desfecho obstétrico mais favorável.

## 9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ADAM I, KHAMIS AH, ELBASHIR MI. **Prevalence and risk factors for anaemia in pregnant women of eastern Sudan.** Trans R Soc Trop Med Hyg. 2005;99(10):739-43.
2. AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. **Diagnosis and classification of diabetes mellitus.** Diabetes Care. 2011; 29 Suppl 1:S43-8.
3. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition (DSM-IV).** Washington, DC, American Psychiatric Press, 1994, pp 95–96.
4. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V).** Washington, DC, American Psychiatric Press, 2013. Disponível em: <http://www.dsm5.org/Documents/changes%20from%20dsm-iv-tr%20to%20dsm-5.pdf> pp12.
5. ANTONIAZZI AS, DELL'AGLIO DD, BANDEIRA DR. **O conceito de coping: uma revisão teórica.** Estudos de Psicologia, 1998, 3 (2), 273-294.
6. BAGNI UV; VEIGA GV. **Anemia ferropriva e obesidade: novos olhares para antigos problemas.** Nutrire: rev. Soc. Bras. Alim. Nutr. J. Brazilian Soc. Food Nutr., São Paulo, SP, v. 36, n. 1, p. 177-188, abr. 2011.
7. BAIG-ANSARI N, BADRUDDIN SH, KARMALIANI R, HARRIS H, JEHAN I, PASHA O, et al. **Anemia prevalence and risk factors in pregnant women in an urban area of Pakistan.** Food Nutr Bull. 2008;29(2):132-9.
8. BASSO NAS, COSTA RAA, MAGALHÃES CG, RUDGE MVC, CALDERON IMP. **Insulinoterapia, controle glicêmico materno e prognóstico perinatal – diferença entre o diabetes gestacional e o clínico.** Rev Bras Ginecol Obstet. 2007; 29(5):253-9
9. BELARMINO GO, MOURA ERF, OLIVEIRA NC e col. **Risco nutricional entre gestantes adolescentes.** Acta paul enferm 22(2):169-75, 2009.

10. BENUTE GRG, NONNENMACHER D, EVANGELISTA LFM, LOPES LM, LUCIA MCS, ZUGAIB M. **Cardiopatia fetal e Estratégias de Enfrentamento.** Rev Bras Ginecol Obstet. 2011; 33(9):227-33.
11. BITHONEY WG, SNYDER J, MICHALEK J, NEWBERGER EH. 1985. **Childhood ingestions as symptoms of family distress.** Am. J. Dis. Child. 139:456-59
12. BOYLE JS, MACKEY MC. **Pica: sorting it out.** J Transcult Nurs. 1999;10(1):65-8.
10. CERQUEIRA, ATAR. **O conceito e metodologia de coping: Existe consenso e necessidade?** In R. R. Kerbauy (Org.), *Sobre Comportamento e cognição: Psicologia Comportamental e Cognitiva- conceitos, pesquisa e aplicação, a ênfase no ensinar, na inovação e no questionamento clínico* (Vol. 5, pp. 279-289). Santo André/SP: Arbytes Editora, 2000.
11. CID10 – **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionadas à Saúde.** Disponível em: <http://trigramas.bireme.br/cgi-bin/mx/cgi=@1?collection=CID10p&maxrel=10&minsim=0.30&text=Diabetes%20Gestacional>
12. CORBETT RW, RYAN C, WEINRICH SP. **Pica in pregnancy: does it affect pregnancy outcomes?** MCN Am J Matern Child Nurs. 2003;28(3):183-9.
13. CUNHA, J. A. **Manual da versão em Português das Escalas Beck** (J. A. Cunha, Trad.). São Paulo: Casa do Psicólogo. 2001.
14. DAHER AS. **Grupo informativo às gestantes de alto risco: influência na depressão pós-parto.** Dissertação de Mestrado de Psicologia Clínica. Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas/São Paulo, 1999.
15. EDUARDO C, et al. **Diabetes e Embarazo.** Rev Colombiana de Obstetricia y Ginecologia Vol 59 nº1, 2008.
16. EDWARDS C, JOHNSON A, KNIGHT E, OYEMADE U, COLE O, et al. 1994. **Pica in an urban environment.** J. Nutr. 124:954-62S.
17. ELERT VW, MACHADO AKF, PASTORE C. **A Anemia e nutrição em parturientes.** *Alim. Nutr. = Braz. J. Food Nutr.*, Araraquara, v. 24, n.3, p. 353-359, jul./set. 2013.
18. FOLKMAN S, LAZARUS RS, GRUEN RJ, DELONGIS. **Appraisal, coping, health status and psychological symptoms.** Journal of personality and social psychology, (3), 571-79, 1986.
19. FOLKMAN S, LAZARUS RS. **An Analysis of coping um middle-aged community sample.** Journal of Health and Social Behavior, (21), 219-239, 1980.

20. FOLKMAN S, MOSKOWITZ JT. **Coping: Pitfalls and promise.** Annual Review Psychology, (55), 745-74, 2004.
21. GEISLER PW, PRINCE RJ, LEVENE M, PODA C, BECKERLEG SE, MUTEMI W, et al. **Perceptions of soil-eating and anemia among pregnant women on the Kenyan coast.** Soc Sci Med. 1999;48:1069-79.
22. GOULART RMM, MAGALHÃES CA, CREMANESI MM. **Prevalência de pica em gestantes atendidas em instituições públicas e privadas.** Nutrição Brasil. 2002;1:63-7.
23. KACHANI, AT; CORDÁS, TA. **Da ópera-bufa ao caos nosológico: pica.** Revista de Psiquiatria Clínica, 36 (4), 2009.
24. LAZARUS, RS, FOLKMAN, S. **Stress, appraisal and coping.** New York: Springer Publishing Company. 1984.
25. LIPP, MEN. **Manual do inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp (ISSL).** São Paulo: Casa do Psicólogo. 2000.
26. LIPP, MEN. **Mecanismos neuropsicológicos do stress: teoria e aplicações clínicas.** São Paulo: Casa do Psicólogo. 2003.
27. LOFTS RH, SCHROEDER SR, MAIER RH. **Effects of Serum Zinc Supplementation on Pica Behavior of Persons With Mental Retardation.** Am J Ment Retard 1990; 95(1):103-9.
28. LÓPEZ LB, ORTEGA Soler CR, PITA Martín de Portela ML. **La pica durante el embarazo: un trastorno frecuentemente subestimado.** Arch Latinoam Nutr. 2004;54(1):17-24.
29. LÓPEZ LB, ORTEGA Soler CR, PITA Martín de Portela ML. **Polipica durante El embarazo: geofagia asociada al consumo de tiza y pagofagia a la ingesta de jabón.** Rev Chilena de Nutrición, año/vol. 34, número 003. Sociedade Chilena de Nutrición, Bromatología y toxicología. Santiago, Chile. 2007.
30. LÓPEZ LB, PITA MARTÍN DE PORTELA ML, ORTEGA SOLER CR. **Nutrient intake in women with pagophagia and other forms of pica during the pregnancy.** Nutr Hosp. 2007;22(6):641-7.
31. MALDONADO MTP. **Psicologia da gravidez: parto e puerpério.** São Paulo: Saraiva; 1997.
32. MELO LL, LIMA MAD. **Mulheres no segundo e terceiro trimestres de gravidez: suas alterações psicológicas.** Revista Brasileira de Enfermagem, 53(1), 81-86, 2000.
33. MICRONUTRIENT INITIATIVE (MI). **Investing in the future – A united call to action on vitamin and mineral deficiencies.** 2009. ISBN: 978-1-894217-31-6.

34. MILLS, Margaret E. **Craving more than food – The implications of pica in pregnancy.** Nursing for Women's Health. Vol 11 nº3, 2007
35. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **PNDS 2006: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher.** Brasília: MS; 2009
36. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Suplementação de Ferro: manual de condutas gerais /** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
37. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco /** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, nº 32).
38. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico.** Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
39. MONTENEGRO RM, PACCOLA GMFG, FARIAS MC, MONTENEGRO APDR, JORGE SM. **Evolução maternofetal de gestantes diabéticas seguidas no HC/FMRP/USP no período de 1992-1999.** Arq Bras Endocrinol Metabol. 2001; 45(5):467-74. doi: 10.1590/S0004-27302001000500010.)
40. MORTAZAVI Z, MOHAMMADI M. **Prevalence of pica in pregnant women referred to health care centers in Zahedan, Iran (2002-2003).** African Journal of Food Science Vol. 4(10), pp. 642-645, October 2010.
41. NAYRUHUCHA CN. **Food cravings, aversions and pica among pregnant women in Dar es Salaam, Tanzania.** Tanzan J Health Res. 2009;11(1):29-34.
42. PADILHA PC, ACCIOLY E, VEIGA GV, BESSA TC, LIBERA BD, NOGUEIRA JL, et al. **The performance of various anthropometric assessment methods for predicting low birth weight in pregnant women.** Rev Bras Saúde Matern Infant. 2009;9(2):197-206.
43. PADILHA PC, SAUNDERS C, MACHADO RCM e col. **Associação entre o estado nutricional pré-gestacional e a predição do risco de intercorrências gestacionais.** Rev Bras Ginecol Obstet 29(10):511-518, 2007.
44. PENCHARZ PB. **Special problems of nutrition in the pregnancy of teenagers.** In: Hornstra G, Uauy R, Yang X (eds.): The impact of maternal nutrition on the offspring. Nestlé Workshop Series Pediatric Program 55:213-20, 2005.

45. RAINVILLE AJ. **Pica practices of pregnant women are associated lower maternal hemoglobin level at delivery.** J Am Diet Assoc 1998; 98:293-96.
46. RAJA G; MAHANTESH K; LOUIS K. **Anemia and pregnancy: A link to maternal chronic diseases.** International Journal of Gynecology and Obstetrics 115S1 (2011) S11–S15. Pág 20.
47. ROCHA DS, NETO MP, PRIORE SE, LIMA NMM, ROSADO LEFPL, FRANCESCHINI SCC. **Estado nutricional e anemia ferropriva em gestantes: relação com o peso da criança ao nascer.** Rev.Nutr., v.18, p.481-89, 2005.
48. ROSE EA, PORCERELLI JH, NEALE AV. **Pica: common but commonly missed.** J Am Board Fam Pract. 2000;13(5):353-8.
49. SARMENTO R, SETÚBAL MSV. **Abordagem psicológica em obstetrícia: aspectos emocionais da gravidez, parto e puerpério.** Rev. Ciênc. Méd., campinas, 12(3): 261-268, jul./set., 2003.
50. SAUNDERS C, BARROS DC, MILAGRES E, AYETA AC, BAIÃO MR, SANTOS MMA, NEVES EQC. **Pica em gestantes adolescentes.** Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC). 2012.
51. SAUNDERS C, BESSA TCAB, PADILHA PC. **Assistência nutricional pré-natal.** In: Accioly E, Saunders C, Lacerda EA, editores. Nutrição em obstetrícia e pediatria. 2a ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 2009. p. 103-24.
52. SAUNDERS C; PADILHA PC; LÍBERA BD; NOGUEIRA JL; OLIVEIRA LM; ASTULLA A. **Picamalácia: epidemiologia e associação com complicações da gravidez.** Rev Bras Ginecol Obstet. 2009; 31(9):440-6
53. SAUNDERS C, ACCIOLY E, COSTA RSS e col. **Gestante adolescente.** In: Accioly E, Saunders C, Lacerda EMA. Nutrição em Obstetrícia e Pediatria. Rio de Janeiro: Cultura Médica 2010b:151-174.
54. SCHOLL TO, MILLER LK, SALMON RW e col. **Prenatal care adequacy and the outcome of adolescent pregnancy: effects on weith gain, preterm delivery, and birth weigth.** Obstet Gynecol 69(3 Pt 1):312-6, 1987.
55. SEIDL EMF, TRÓCOLLI BT, ZANNON CMLC. **Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento.** Psicologia: Teoria e Pesquisa, 2001;17 (3), 225-234.
56. SELYE H. **The General Adaptation Syndrome.** Annual Review of Medicine, 1951, 2, 327-342.
57. SIMPSON E; MULL JD; LONGLEY E; EAST J. **Pica during pregnancy in low-income women born in Mexico.** West J Med. 2000;173(1):20-4

58. SKINNER, EA; EDGE, K; ALTAMAN, J; SHERWOOD, H. **Searching for the structure of coping: a review and critique of category systems for classifying ways of coping.** *Psychological Bulletin*, 129 (2), 216-269, 2003.
59. SOIFER R. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério.** 6.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
60. SOUZA J. **Gestantes Hipertensas Hospitalizadas: Ansiedade, Depressão e Modo de Enfrentamento.** São Paulo: PUCSP, Pós Graduação em Psicologia Clínica, Mestrado, 2010.
61. SZEJER M, STEWART R. **Nove meses na vida da mulher: uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento.** 2.ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.
62. TEDESCO JJA. **Aspectos Emocionais da Gravidez de Alto Risco.** In TEDESCO JJA, ZUGAYB M., QUAYLE J. Obstetrícia e Psicossomática. São Paulo, Atheneu, 1997.
63. TOKER H; OZDEMIR H; OZAN F; TURGUT M; GOZE F; SENCAN M.; et al. **Dramatic oral findings belonging to a pica patient: a case report.** *Int Dent J.* 2009; 59(1):26-30.0
64. VIEIRA Bárbara Daniel; PARIZOTTO Ana Patrícia Alves Vieira. **Alterações psicológicas decorrentes do período gravídico.** *Unoesc & Ciência - ACBS, Joaçaba*, v. 4, n. 1, p. 79-90, jan./jun. 2013.
65. WOYWODT A, KISS A. **Geophagia: the history of earth-eating.** *J R Soc Med.* 2002;95(3):143-6.
66. YOUNG, SL. **Pica in Pregnancy: new ideas about an old condition.** *Annu. Rev. Nutr.*, 30, 403-422, 2010.



## ANEXO 1

### ENTREVISTA

#### Avaliação da Picamalácia

***Para investigação da picamalácia:***

Tem vontade de comer substâncias não alimentares ou combinações estranhas durante a gestação?

(1) Sim. Qual? \_\_\_\_\_ (Preencher o anexo) (2) Não

#### Anexo

***Para investigação da picamalácia: (1) Presente (2) Ausente***

Quando sente a vontade de comer a substância não alimentar ou combinação estranha, realmente a come?

(1) Sim. Frequência, quantidade? \_\_\_\_\_

(2) Não

Esse comportamento já ocorreu em outras gestações ou em períodos de amamentação anteriores ou mesmo fora da gestação?

(1) Sim. Quando? \_\_\_\_\_

(2) Não

Você sabe o motivo dessa vontade? \_\_\_\_\_

## ANEXO 2

### Formulários com escalas de Ansiedade, Estresse e Enfretamento

**GAI** \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
Ocupação: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista, o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a última semana, incluindo hoje, colocando espaço apropriado, na mesma linha de cada sintoma.

1. Dormência ou formigamento.				
2. Sensação de calor.				
3. Tremores nas pernas.				
4. Incapaz de relaxar.				
5. Medo que aconteça o pior.				
6. Atordoado ou tonto.				
7. Palpitação ou aceleração do coração.				
8. Sem equilíbrio.				
9. Atormentado.				
10. Nervoso.				
11. Sensação de sufocação.				
12. Tremores nas mãos.				
13. Têmulos.				
14. Medo de perder o controle.				
15. Dificuldade de respirar.				
16. Medo de morrer.				
17. Assustado.				
18. Indigestão ou desconforto no estômago.				
19. Sensação de desmaio.				
20. Rosto sfugueado.				
21. Suor (não devido ao calor).				

\*Tradução e adaptação por pedido de The Psychological Corporation, U.S.A. Direitos reservados ©1991, a Anne T. Beck. Tradução para a língua portuguesa. Direitos reservados ©2003 a Anne T. Beck. Todos os direitos reservados. Publicado e elaborado inicialmente em 1991. Criação de Prodigios® Livraria e Editora Ltda. R.124 Rua Ingêrta de Pedagogia Corporation.

**INVENTÁRIO DE SINTOMAS DE STRESS PARA ADULTOS DE LIPP (ISSL)** MEL.003.91

Marilda Emmanuel Novaes Lipp

Nome: \_\_\_\_\_  
Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Local de Nascimento: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_  
Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) M ( ) F ( ) Escorridade: \_\_\_\_\_  
RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Curso/Série: \_\_\_\_\_ Escola/Instituição: \_\_\_\_\_ PDI: ( ) PDI ( )  
Lateralidade: ( ) Destro ( ) Sinistro ( ) Ambedstro ( ) Profissão: \_\_\_\_\_  
Função: \_\_\_\_\_ Data da Aplicação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Aplicador: \_\_\_\_\_ Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_  
Autorizo uso sigiloso em pesquisa: \_\_\_\_\_ assinatura: \_\_\_\_\_

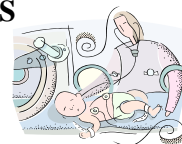
**Instruções:**

Quadro 1 - Assinalar com F1 ou P1, como indicado para sintomas que tenha experimentado nas últimas 24 horas.  
Quadro 2 - Assinalar com F2 ou P2, como indicado para sintomas que tenha experimentado na última semana.  
Quadro 3 - Assinalar com F3 ou P3, como indicado para sintomas que tenha experimentado no último mês.

© 2003 Casagrande Livraria e Editora Ltda.  
É proibida a reprodução total ou parcial deste livro sem a autorização expressa da editora. Todos os direitos reservados.  
Rua Santo Antônio, 1002 - Jd. Santa Helena - Maracá - São Paulo - SP - CEP: 05073-000 - Brasil  
Fone: (011) 4224-2887 - Fax: (011) 4224-2887 - www.casagrande.com.br

© presente Caderno de Atividade e Impresso em cores.  
Cada documento de sua autoria, assinado pelo IEP, custa R\$11,90 (11,90 reais).

## EMEP - ESCALA MODOS DE ENFRENTAMENTO DE PROBLEMAS



Data de hoje: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome completo: \_\_\_\_\_

As pessoas reagem de diferentes maneiras a situações difíceis ou estressantes. Para responder a este questionário, pense sobre como você está lidando com seus problemas durante a gravidez neste momento do seu acompanhamento pré-natal. Concentre-se nas coisas que você faz, pensa ou sente para enfrentar esta situação, no momento atual.

Você deve assinalar a alternativa que corresponde melhor ao que você está fazendo quanto à busca de ajuda profissional para enfrentar o problema de saúde do seu bebê. Se você *não está buscando ajuda* profissional, marque com um X ou um círculo o número **1 (Nunca faço isso)**; se você *está buscando sempre esse tipo de ajuda*, marque o número **5 (Eu faço isso sempre)**. Se a sua busca de ajuda profissional é diferente dessas duas opções, marque 2, 3 ou 4, conforme ela está ocorrendo. Não há respostas certas ou erradas. O que importa é como você está lidando com a situação.

Pedimos que você responda a todas as questões, não deixando nenhuma em branco.

*Obrigada pela participação.*

**1 – Eu nunca faço isso 2 – Eu faço isso pouco 3 – Eu faço isso às vezes 4 – Eu faço isso muito 5 – Eu faço isso sempre**

1. Eu levo em conta o lado positivo das coisas

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2. Eu me concentro nas coisas boas da minha vida

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3. Eu insisto e luto pelo o que eu quero

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4. Encontro diferentes soluções para o meu problema

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5. Tento ser uma pessoa mais forte e otimista

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6. Eu tento evitar que os meus sentimentos atrapalhem em outras coisas na minha vida

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

7. Eu me concentro em alguma coisa boa que pode vir desta situação

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

8. Aceito a simpatia e compreensão de alguém

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

9. Eu sei o que deve ser feito e estou aumentando meus esforços para ser bem sucedido

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

10. Estou mudando, me tornando uma pessoa mais experiente

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

11. Eu fico me lembrando que as coisas poderiam ser piores

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

12. Eu tento não agir tão precipitadamente ou seguir minha primeira idéia

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

13. Mudo alguma coisa para que as coisas acabem dando certo

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

14. Encaro a situação por etapas, fazendo uma coisa de cada vez

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

15. Eu sairei dessa experiência melhor do que entrei nela

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

16. Eu digo a mim mesmo o quanto já consegui

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

17. Eu fiz um plano de ação para resolver o meu problema e o estou cumprindo

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

18. Eu tento não fechar portas atrás de mim. Tento deixar em aberto várias saídas para o problema.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

19. Eu me culpo

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

20. Procuro um culpado para a situação

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

21. Eu me recuso a acreditar que isto esteja acontecendo

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

22. Eu brigo comigo mesmo; eu fico falando comigo mesmo o que devo fazer

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

23. Desconto em outras pessoas

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

24. Eu desejaria mudar o modo como eu me sinto

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

25. Demonstro raiva para as pessoas que causaram o problema

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

26. Eu percebo que eu mesmo trouxe o problema para mim

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

27. Eu me sinto mal por não ter podido evitar o problema

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

28. Eu acho que as pessoas foram injustas comigo

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

29. Eu culpo os outros

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

30. Procuro me afastar das pessoas em geral

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

31. Eu imagino e tenho desejos sobre como as coisas poderiam acontecer

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

32. Descubro quem mais é ou foi responsável

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

33. Penso em coisas fantásticas ou irreais (como uma vingança perfeita ou achar muito dinheiro) que me fazem sentir melhor

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

34. Espero que um milagre aconteça

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

35. Eu rezo/oro

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

36. Pratico mais a religião desde que tenho esse problema

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

37. Eu sonho imagino um tempo melhor do que aquele em que estou

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

38. Tento esquecer o problema todo

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

39. Eu desejaria poder mudar o que aconteceu comigo

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

40. Eu me apego à minha fé para superar esta situação

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

41. Eu tento guardar meus sentimentos para mim mesmo

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

42. Peço conselho a um parente ou a um amigo que eu respeite

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

43. Converso com alguém sobre como estou me sentindo

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

44. Converso com alguém que possa fazer alguma coisa para resolver o meu problema

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

45. Converso com alguém para obter informações sobre a situação

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

### ANEXO 3

MATERNIDADE ESCOLA DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
RIO DE JANEIRO/ ME-UFRJ



#### PROJETO DE PESQUISA

**Título:** Resiliência e indicadores emocionais e de enfrentamento (coping) em contextos de vulnerabilidade para o desenvolvimento e saúde.

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 06386412.1.0000.5275

**Pesquisador:** Ana Cristina Barros da Cunha

**Instituição:** Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro ((ME/UFRJ))

#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

**Número do Parecer:** 91.838

**Data da Relatoria:** 31/08/2012

#### Apresentação do Projeto:

Projeto é uma pesquisa-intervenção no campo da Psicologia Pediátrica tem como objetivo geral investigar e propor estratégias de prevenção aos riscos e promoção do desenvolvimento em populações em condições de vulnerabilidade física e psicossocial no contexto hospitalar. Enfoque sócio-interacionista sob uma perspectiva bioecológica do desenvolvimento, o projeto integrado englobará cinco estudos, organizados em subprojetos que totalizarão 11 trabalhos acadêmicos. Com caráter integrado, a pesquisa será conduzida na Maternidade-escola da UFRJ, onde os participantes serão gestantes de risco (diabetes gestacional e malformação fetal), crianças nascidas prematuras ou com condições crônicas de desenvolvimento e saúde e seus cuidadores; além de profissionais de saúde. A coleta de dados seguirá um delineamento de estudo exploratório descritivo com caráter quali-quantitativo e amostra aleatória não-probabilística, deverá ocorrer em serviços de atenção integral à saúde materno-infantil: ambulatório pré-natal; ambulatório follow-up; alojamento conjunto e Unidades de Terapia Intensiva Neonatal - UTIN.

Os sujeitos serão submetidos aos seguintes instrumentos para: 1) avaliação das ações de prevenção na maternidade: a) Roteiro de entrevista para avaliação das ações de prevenção; 2) avaliação das crianças: a) Escalas de avaliação do desenvolvimento precoce: Bayley-III, para acompanhamento e identificação de atrasos no desenvolvimento infantil; 3) avaliação das gestantes e dos cuidadores: a) Protocolos e Entrevistas, elaborados especificamente para cada estudo; b) Questionário - Momento da Notícia, para avaliar o impacto da notícia do diagnóstico do risco ao desenvolvimento e saúde; c) Escalas ISSL, para avaliação do estresse; d) Escala Beck, inventários BAI e BDI, para avaliação de sinais e sintomas de ansiedade e depressão; e) Escala "Modos de Enfrentamento de Problemas" EMEP; para avaliação das estratégias de coping; f) Escala de

Apego Materno-fetal, para avaliação do apego materno-fetal em gestantes; g) OMI, Observation Mediation Instrument, instrumento de observação para avaliação do padrão de mediação na interação criança-cuidador; 4) avaliação dos profissionais: a) Questionário sobre concepção de prematuro, avaliação e manejo de dor, adaptado para o estudo 5.1; b) Effort-Reward Imbalance (ERI, Escala Equilíbrio entre Esforço e Recompensa), para avaliação do estresse em profissionais de saúde; e c) Escala de Coping Ocupacional (ECO), para avaliação do coping de profissionais frente a potenciais estressores do contexto de trabalho na UTIN; 5) intervenção com os cuidadores: a) Programa de intervenção precoce MISC, More Intelligent Sensitive Child Program; além de outros materiais e equipamentos eletrônicos e de informática. Os participantes serão recrutados no contexto hospitalar, durante consulta conjunta com os profissionais de saúde (médico, nutricionista) ou na espera para o atendimento médico-hospitalar, sendo entrevistados e submetidos aos instrumentos mencionados. Serão realizadas intervenções por equipe multiprofissional (médicos, nutricionistas e psicólogos) para promoção de comportamentos mediadores do desenvolvimento infantil na interação familiar e de comportamentos mais resilientes facilitadores da adesão ao tratamento médico-hospitalar e do

**Endereço:** Rua das Laranjeiras, 180

**Bairro:** Laranjeiras

**CEP:** 22.240-003

**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)1556-9747

**Fax:** (21)1205-9064

**E-mail:** cep@me.ufrj.br; ivobasilio@me.ufrj.br

MATERNIDADE ESCOLA DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
RIO DE JANEIRO/ ME-UFRJ



enfrentamento dos potenciais estressores. Pretende-se alcançar resultados que subsidiem a elaboração e a adoção de uma prática de atenção à Saúde Materno-Infantil humanizada.

**Objetivo da Pesquisa:**

investigar e propor medidas de prevenção aos riscos e de intervenção/promoção do desenvolvimento em populações sob condições de vulnerabilidade física e psicossocial no contexto hospitalar. Tais medidas serão planejadas com base na avaliação, identificação e análise de indicadores emocionais e de enfrentamento, ou seja, variáveis relacionadas à condição emocional e à forma como as pessoas enfrentam (coping) situações de vulnerabilidade ao desenvolvimento.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

O projeto não apresenta riscos, mas sim benefícios para os sujeitos envolvidos na medida em que a partir dos instrumentos selecionados haverá intervenção psicológica e/ou psicoeducativas com as mulheres que se encontram psiquicamente vulneráveis. Também traz benefícios ao contexto hospitalar na medida em que avaliará os indicadores emocionais da amostra promovendo ações que visem a redução de danos.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto é bem estruturado, cuidadoso e apresenta relevância para promoção de um desenvolvimento infantil saudável, sobretudo quando se toma como referência a saúde psicossomática, na medida em que a partir dos dados coletados seu objetivo fundamental é desenvolver estratégias de intervenção precoce facilitadoras do processo de resiliência dos protagonistas envolvidos.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresenta todos os documentos comprobatórios. O TCLE é claro indicando as modalidades de registro que serão utilizadas. Consta a aprovação para a pesquisa da instituição implicada.

**Recomendações:**

Não há recomendações, nem pendências.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

projeto aprovado sem pendências

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RIO DE JANEIRO, 06 de Setembro de 2012

---

Assinado por:  
Ivo Basílio da Costa Júnior

**Endereço:** Rua das Laranjeiras, 180  
**Bairro:** Laranjeiras **CEP:** 22.240-003  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)1556-9747 **Fax:** (21)1205-9064 **E-mail:** cep@me.ufrj.br, ivobasilio@me.ufrj.br



## ANEXO 4



UNIVERSIDADE  
DO BRASIL  
UFRJ

Centro de Filosofia e Ciências Humanas  
Instituto de Psicologia – IP/UFRJ

### TERMO DE LIVRE CONSENTIMENTO E ESCLARECIMENTO

Você está sendo convidado para participar do projeto de pesquisa “**Resiliência e indicadores emocionais e de enfrentamento (coping) em contextos de vulnerabilidade ao desenvolvimento e saúde**”, coordenado por mim, Prof. Dra. Ana Cristina Barros da Cunha, do Instituto de Psicologia desta Universidade e que será realizado na Maternidade-Escola da UFRJ, como atividade de pesquisa e extensão para alunos de Pós-graduação (Residência) dos Programas de Residência Multiprofissional da UFRJ e de Graduação em Psicologia do IP/UFRJ. Você foi selecionado por ser atendido na Maternidade-Escola da UFRJ e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou ao seu atendimento na Maternidade. Todo o material recolhido pela observação, avaliação e intervenção realizadas será utilizado somente em trabalhos acadêmicos e científicos com o objetivo de objetivos específicos: a) identificar ações de prevenção primária e secundária existentes na instituição; b) identificar fatores de risco e vigilância do desenvolvimento infantil precoce, no caso de prematuridade e condição crônica de desenvolvimento e saúde; c) identificar de indicadores emocionais (estresse, ansiedade, depressão, apego materno-fetal, impacto da sobrecarga no cuidador) no enfrentamento da condição de vulnerabilidade a que estão expostos (gravidez de risco, prematuridade, condição crônica de desenvolvimento e saúde, estresse ocupacional) e d) identificar do padrão de mediação na interação familiar. Para tanto, serão realizadas observações e avaliação psicológica e nutricional, utilizando-se protocolos e instrumentos de avaliação padronizados. Todas as atividades poderão ser registradas em áudio (gravadas) para melhor processar e analisar os dados coletados. A pesquisa oferecerá informações para a Maternidade elaborar futuros projetos de atenção integral à saúde. Fica garantido o sigilo dos dados confidenciais e assegurada à privacidade dos participantes em todas as formas possíveis de identificação na divulgação de seus resultados. Seguindo as normas da resolução 462/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, os participantes do projeto têm todas as garantias de liberdade para aceitar a participação voluntária na pesquisa ou de abandoná-la a qualquer tempo. Quaisquer recursos ou reclamações poderão ser encaminhados ao Comitê de Ética da Maternidade-Escola da UFRJ, pelo telefone (21) 2285-7935 (ramal 261), para o Instituto de Psicologia pelo telefone (021) 3873-5335 ou, ainda, para a própria Coordenadora do Projeto, Dra Ana Cristina B. Cunha, pelo telefone (21) 8185-9182. Estando assim de acordo, assinam o presente Termo de livre consentimento e esclarecimento em duas vias de igual teor.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2012.

\_\_\_\_\_  
Participante

\_\_\_\_\_  
Pesquisador

Prof<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup> Ana Cristina Barros da Cunha

<http://lattes.cnpq.br/9017520746153592>

Departamento de Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia/UFRJ

Coordenadora e orientadora do Projeto