

Assistência nutricional no pré-natal de mulheres atendidas em unidades de saúde da família de um município do Recôncavo da Bahia: um estudo de coorte

Nutritional assistance in prenatal care of women attended at family health units in a municipality of the Reconcavo da Bahia: a cohort study

Cynthia Soares Lisboa¹
Liliane de Jesus Bittencourt²
Jerusa da Mota Santana³
Djanilson Barbosa dos Santos²

¹ Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Curso de Nutrição. Santo Antônio de Jesus-BA, Brasil.

² Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Centro de Ciências da Saúde, Curso de Nutrição. Santo Antônio de Jesus-BA, Brasil.

³ Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Departamento de Saúde. Jequiê-BA, Brasil.

Correspondência / Correspondence
Cynthia Soares Lisboa
E-mail: cynthiaslisboa@gmail.com

Resumo

Este estudo objetiva analisar as orientações nutricionais oferecidas às gestantes durante o pré-natal, em unidades de saúde da família (USFs) do município de Santo Antônio de Jesus-Ba. Estudo transversal realizado com gestantes cadastradas no serviço de pré-natal em 16 USFs, de maio a julho de 2011. A amostra foi constituída por 316 gestantes. Para a coleta de dados, utilizou-se questionário estruturado e previamente testado. Os dados foram analisados no *Stata*, versão 10. A média de idade foi de 26,1 anos (DP=6,91). Observou-se que as gestantes no primeiro trimestre apresentavam sobrepeso (45,8%); no segundo e terceiro trimestre, eutrofia (50% e 45,6%, respectivamente). Das gestantes, 78,6% revelaram receber orientação nutricional, individuais (93,3%) ou por grupo (5,2%), 82,2% foram orientadas por enfermeiro (a) e 9,2% por nutricionista. Quanto ao conteúdo das orientações, 77,3% receberam orientações sobre a ingestão hídrica; 75,4%, sobre o consumo de sal; 70,7%, de frutas e legumes; 64,9%, quanto ao consumo de feijão; e 51,7%, de fígado. Diante do exposto, a maioria das gestantes recebeu orientação alimentar, porém não foi realizado pelo profissional nutricionista. Entretanto, mesmo essas orientações sendo feitas por outro profissional, os resultados se apresentaram de forma positiva para a população estudada.

Palavras-chave: Assistência Nutricional. Pré-Natal. Saúde da Família.

Abstract

This study objective was to analyze the nutritional guidance offered to pregnant women during prenatal care in family health units (USFs) of Santo Antonio de Jesus, BA. A cross-sectional study with pregnant women enrolled in prenatal service in 16 USFs, May-July 2011. The sample consisted of 316 pregnant women. For data collection we used a pre-tested structured questionnaire. Data were analyzed using *Stata*, version 10. The average age was 26.1 years (SD = 6.91). It was observed that pregnant women in the first quarter were overweight (45.8%), in the second and third quarter they had normal weight (50% and 45.6%). From pregnant women, 78.6% stated receiving nutritional guidance, individually (93.3%) or in groups (5.2%), 82.2% were guided by a nurse and 9.2% by a nutritionist. Regarding the content of the guidelines, 77.3% received guidance on water intake, 75.4% on salt intake, 70.7% on fruits and vegetables, 64.9% on consumption of beans and 51.7% on consumption of liver. Given the above, the majority of pregnant women received nutritional guidance, but it was not done by professional nutritionists. However, even these guidelines being held by another professional, the results in general are presented positively to the population in question.

Keywords: Prenatal Care. Prenatal. Family health.

Introdução

A gestação é um período de reconhecida vulnerabilidade biológica. É um dos ciclos da vida, que representa o processo fisiológico mais crucial, face ao aumento das demandas nutricionais decorrentes dos ajustes fisiológicos da gestante e das demandas de nutrientes para o crescimento fetal.¹ A gravidez provoca modificações fisiológicas no organismo materno, que geram necessidade aumentada de nutrientes essenciais. Seja em termos de micro ou macronutrientes. O inadequado aporte energético da gestante pode levar a uma competição entre a mãe e o feto, limitando a disponibilidade dos nutrientes imprescindíveis ao adequado crescimento fetal. Nesse sentido, evidências científicas revelam que o estado nutricional materno pode ser considerado indicador de saúde e qualidade de vida tanto para a mulher quanto para a criança, em períodos imediatos, a exemplo do impacto positivo sobre o peso ao nascer e em ciclos posteriores da vida.²

Dessa forma, o ganho ponderal adequado da gestante influi positivamente na saúde da mulher e da criança, impactando no peso ao nascer.³ Gestantes que apresentam reserva inadequada de nutrientes, aliada a ganho ponderal insuficiente, poderão apresentar desfechos gestacionais negativos, como comprometimento do crescimento e desenvolvimento fetal. Em contrapartida, o

ganho ponderal gestacional excessivo tem influência negativa para recém-nascido, uma vez que o excedente pode deteriorar o estado nutricional materno e não necessariamente é canalizado para o feto.⁴ Entre esses desfechos, podem ser citados diabetes e hipertensão maternas, macrosomia, sofrimento fetal, trabalho de parto prolongado, parto cirúrgico, restrição de crescimento intrauterino e prematuridade.⁵

Gestantes que apresentam distúrbios nutricionais podem acarretar, com mais frequência, infecções, parasitoses, anemias, síndromes hipertensivas, insuficiência placentária, obesidade, maiores chances de hemorragia durante o parto e infecção puerperal; assim como podem dar à luz a recém-nascidos prematuros, com crescimento intrauterino restrito (CIUR), os quais apresentam maiores possibilidades de desenvolvimento de infecções, afecções respiratórias e de aumentar a estatística de mortes perinatais.⁶

Por tais motivos, faz-se necessária adequação na alimentação da gestante, visto que o estado nutricional preservado pode contribuir positivamente para os desfechos gestacionais. Para tanto, considera-se relevante a avaliação do consumo alimentar na gestação por meio do emprego dos inquéritos alimentares. Estes permitem identificar o padrão alimentar de mulheres ao longo da gestação e avaliar se o mesmo é tido como de proteção ou risco para o desenvolvimento apropriado da gestação.⁷ A avaliação dietética faz parte da assistência nutricional durante o pré-natal, que pressupõe a atuação profissional voltada para a identificação de gestantes em risco nutricional, por meio do diagnóstico do estado nutricional pré-gestacional e gestacional, assim como a realização de orientação individualizada visando à manutenção ou melhoria do estado nutricional gestacional e das condições maternas para o parto e à redução da morbimortalidade materno-infantil.⁸

As orientações nutricionais devem ser elaboradas valorizando os aspectos econômico, social e cultural vivenciados por cada paciente, elementos estes que se incluem na nutrição clínica ampliada, a qual discute a assistência nutricional pautada na integralidade do sujeito e na compreensão da complexidade do processo saúde-doença-cuidado.⁹ Tendo em vista a importância da assistência nutricional no pré-natal, que avalie sua estrutura e o processo no atendimento oferecido por equipes de saúde da família, mostra-se indispensável avaliar a assistência nutricional oferecida às gestantes durante o pré-natal, em unidades públicas de saúde do município de Santo Antônio de Jesus-Ba, para subsidiar os gestores de saúde com informações que auxiliem no planejamento em saúde e na intervenção em situações insatisfatórias.

Metodologia

Trata-se de estudo de corte transversal aninhado a uma coorte prospectiva de gestantes do Núcleo de Investigação em Saúde Materno-Infantil (NISAMI), que faz parte do projeto de pesquisa intitulado “Fatores maternos de risco para o baixo peso ao nascer, prematuridade e

retardo do crescimento intrauterino, no Recôncavo da Bahia”, realizado no município de Santo Antônio de Jesus, Bahia.

O município de Santo Antônio de Jesus apresentava, em 2007, uma cobertura de 79,3% da população assistida pela estratégia de saúde da família, com a atuação de 21 equipes. Segundo a Secretaria Municipal de Saúde, a cobertura populacional, em 2009, aumentou para 88,2%, com 23 equipes implantadas e dois Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).¹⁰

Os dados da presente pesquisa foram obtidos por meio de entrevistas com mulheres grávidas, adultas, clinicamente saudáveis, residentes e domiciliadas na zona urbana e cadastradas no serviço de pré-natal em unidades de Saúde da Família (USFs) do município de Santo Antonio de Juda, no período de maio a agosto de 2011. Foram consideradas inelegíveis para a amostra mulheres com gestação gemelar, com HIV/AIDS e residentes na zona rural do município. Inicialmente, realizou-se a apresentação do projeto para a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e para todas as equipes das USFs. Solicitou-se da coordenadora de cada USF o número de gestantes atendidas no serviço de pré-natal e os nomes. Estas informações proporcionaram o controle interno na identificação das mulheres a ser entrevistadas, bem como a verificação do agendamento da consulta de pré-natal para aquelas que ainda não tinham sido encontradas no serviço.

Fizeram parte da amostra 16 USFs pertencentes à zona urbana do município. Apesar de o município contar com 21 USFs, cinco destas foram consideradas inelegíveis para compor a amostra por serem localizadas em bairros de difícil acesso, ou na zona rural, pois a pesquisa contava com pouco recurso financeiro e humano.

Para coleta de dados, utilizou-se questionário estruturado, previamente validado no Brasil por Niquini,¹¹ recortando-se o segmento específico para obtenção das informações nutricionais. A identificação do recebimento de orientação nutricional no pré-natal foi obtida por meio das seguintes variáveis: recebimento de orientação nutricional; profissional que forneceu a orientação nutricional (enfermeiro, médico, nutricionista e outros); forma pela qual foi realizada a orientação (consulta, grupos, palestras e de outra forma) e o conteúdo dessas orientações ofertadas (ingestão hídrica, consumo de frutas, legumes, sal, alimentos ricos em ferro, leites e derivados e a importância de se fracionar as refeições em 5 a 6 vezes por dia).

Para a classificação racial, utilizou-se o método da autodefinição. As opções de escolha para a variável raça/cor seguiram os critérios do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), sendo essas: Amarela, Branca, Preta, Parda e Indígena. Posteriormente, foram agrupados em negras (pardas e pretas) e não negras (amarela, branca e indígena).

Foram identificadas 387 gestantes cadastradas nas USFs, destas, 71 não participaram do estudo por já se encontrarem no pós-parto ou porque se recusaram a responder ao questionário. Assim, a amostra final fez um total de 316 gestantes, as quais foram entrevistadas após aceitarem o convite para participação e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os dados foram coletados por equipe de discentes do curso de Nutrição e Enfermagem, e pesquisadores, previamente treinados.

A digitação dos dados foi realizada no programa Epi Info 6.04 b e para análise descritiva, aplicou-se o Software *Stata*, versão 10.

A pesquisa foi aprovada pela Comissão de Ética da Faculdade Adventista de Fisioterapia da Bahia (Processo Nº 4369.0.000.070-10) no ano de 2011.

Resultados

A caracterização geral das 316 gestantes estudadas indica que a média de idade foi de 26,1 anos (DP=6,1), a maior parte concluiu o Ensino Médio (45,2%), 41,7% encontravam-se em união estável, 85,1% se autodeclararam como negra; mais da metade das gestantes (52,8%) afirmou possuir renda menor ou igual a um salário mínimo, 49,7% eram católicas e 38,8% exerciam alguma atividade laboral, sendo a maioria como vendedora (13,6%), seguida por doméstica (10,9%). Quanto à caracterização obstétrica, identificou-se que 45,5% das gestantes estavam no segundo trimestre gestacional, com uma média de 25 semanas gestacionais (DP= 8,3) (Tabela 1).

Tabela 1. Características sociodemográficas e nutricionais, das gestantes atendidas em Unidades de Saúde da Família do município de Santo Antônio de Jesus – BA, 2011.

Características	n	(%)
<i>Idade (anos)</i>		
<20 anos	54	17,1
20-30 anos	176	55,7
>30	86	27,2
Total	316	100
<i>Estado civil</i>		
Solteira	69	22,0
Casada	112	35,6
União Consensual	131	41,7
Divorciada	1	0,3
Outros	1	0,3
Total	314	100

continua

Características	n	(%)
<i>Escolaridade</i>		
Não sabe ler nem escrever	1	0,3
Ensino Fundamental Incompleto	51	16,1
Ensino Fundamental Completo	25	8,0
Ensino Médio Incompleto	81	25,6
Ensino Médio Completo	143	45,2
Superior Incompleto	11	3,4
Superior Completo	4	1,2
Total	316	100
<i>Renda</i>		
≤ 1 SM	166	52,8
2-4 SM	144	45,8
5-7 SM	3	0,9
≥ 8 SM	1	0,3
Total	314	100
<i>Cor da Pele</i>		
Negras	269	85,1
Não negras	42	13,3
Não sabe	5	1,5
Total	316	100
<i>Trimestre gestacional</i>		
1º Trimestre	38	12,6
2º Trimestre	137	45,5
3º Trimestre	126	41,8
Total	301	100

No que tange ao perfil antropométrico das gestantes de acordo com os trimestres gestacionais, foi possível observar que as gestantes que estavam no primeiro trimestre apresentavam sobrepeso (45,8%); no segundo trimestre, eutrofia (50%); e para o terceiro trimestre, a maior ocorrência foi de eutrofia (45,6%), seguido de sobrepeso (22,8%). Percebe-se também que houve um aumento do baixo peso e da obesidade do primeiro para o terceiro trimestre gestacional (Tabela 2).

Tabela 2. Perfil antropométrico segundo os trimestres gestacionais, de mulheres atendidas nas Unidades de Saúde da Família do município de Santo Antônio de Jesus – BA, 2011.

Trimestre gestacional	Estado Antropométrico Segundo Trimestre Gestacional								
	Baixo peso		Eutrofia		Sobrepeso		Obesidade		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	n
I trimestre	3	12,5	9	37,5	11	45,8	1	4,2	24
II trimestre	21	19,4	54	50,0	24	22,2	9	8,3	108
III trimestre	22	19,3	52	45,6	26	22,8	14	12,3	114
Total	46	18,7	115	46,7	61	24,8	24	9,8	246

Os resultados sobre a caracterização das orientações nutricionais recebidas durante o acompanhamento de pré-natal estão descritos na tabela 3. Do total das gestantes, 78,6% revelaram ter recebido algum tipo de orientação nutricional durante a consulta de pré-natal, e destas, apenas 15% receberam a orientação por escrito. Ao considerar o profissional que realizou a orientação, 82,2% afirmaram que foram orientadas por enfermeiro (a) e 9,2%, por nutricionista. Em relação à forma de realização das orientações, 93,3% referiram ter sido por meio das consultas individuais.

Na tabela 4 está exposta a avaliação do conteúdo das orientações nutricionais. Assim, 77,3% das gestantes declararam ter sempre recebido orientações sobre a importância da ingestão hídrica; 75,4%, sobre o consumo de sal; 70,7%, sobre frutas e legumes. No que se refere aos alimentos fonte de ferro, 64,9% foram orientadas quanto ao consumo de feijão, seguido pelo consumo de fígado (51,7%). Quanto aos leites e derivados, 52,5% foram orientadas a ingerir esses alimentos, e 58,2% sobre a importância de fracionar as refeições com uma média de 5 a 6 refeições ao dia.

Tabela 3. Caracterização das orientações nutricionais recebidas durante o acompanhamento pré-natal nas Unidades de Saúde da Família do município de Santo Antônio de Jesus – BA, 2011.

Variáveis	n	(%)
<i>Recebimento de orientação alimentar e nutricional</i>		
Sim	247	78,6
Não	67	21,3
Total	314	100
<i>Orientação por escrito</i>		
Sim	47	15,0
Não	265	84,9
Total	312	100
<i>Profissional de saúde orientador</i>		
Enfermeiro (a)	231	82,2
Nutricionista	26	9,2
Médico (a)	16	5,6
Outro	8	2,8
Total	281	100
<i>Modo de condução</i>		
Na consulta	265	93,3
Em grupo	15	5,2
De outro jeito	4	1,4
Total	284	100

Tabela 4. Avaliação do conteúdo das orientações nutricionais recebidas pelas gestantes atendidas nas Unidades de Saúde da Família do município de Santo Antônio de Jesus – BA, 2011.

Variáveis	n	(%)
<i>Ingestão Hídrica</i>		
Nunca	47	14,9
Às vezes	24	7,6
Sempre	243	77,3
Total	314	100
<i>Consumo de Sal</i>		
Nunca	57	18,1
Às vezes	20	6,3
Sempre	237	75,4
Total	314	100
<i>Frutas e Legumes</i>		
Nunca	55	17,5
Às vezes	37	11,7
Sempre	222	70,7
Total	314	100
<i>Alimentos fontes de ferro: Feijão</i>		
Nunca	89	28,3
Às vezes	21	6,6
Sempre	204	64,9
Total	314	100
<i>Alimentos fontes de ferro: Fígado</i>		
Nunca	133	42,4
Às vezes	18	5,7
Sempre	162	51,7
Total	313	100

continua

Variáveis	n	(%)
<i>Leite e Derivados</i>		
Nunca	123	39,1
Às vezes	26	8,2
Sempre	165	52,5
Total	314	100
<i>Fracionamento das refeições:</i>		
<i>5-6x/dia</i>		
Nunca	105	33,4
Às vezes	26	8,2
Sempre	183	58,2
Total	314	100

Por outro lado, foi identificado um percentual das gestantes que nunca receberam orientações nutricionais (21,3%) e 33,4% não foram informadas sobre o fracionamento das refeições. Quanto aos alimentos a ser consumidos, 28,3% nunca haviam recebido informação sobre o consumo de feijão, seguido pelo consumo do fígado (42,4%), e já em relação aos leites e derivados, 39,1% nunca receberam algum tipo de orientação.

Discussão

A média de idade de 26,1 anos encontrada para as gestantes deste estudo reflete consonância com outro estudo brasileiro, como o realizado por Salvador et al.,¹² em que há maior frequência na faixa etária de 20 a 34 anos, sendo considerada a mais adequada para a reprodução. Tal resultado pode estar associado à justificativa de que as grávidas menores de 20 anos de idade falham em buscar a assistência pré-natal e têm risco aumentado de complicações antes e após o parto.

Em relação à escolaridade, pôde-se observar que a maioria tinha alcançado o Ensino Médio completo, tornando-se visível um razoável desempenho em termos de escolaridade materna no município estudado, podendo estar associado a melhor entendimento das orientações nutricionais ofertadas no momento do pré-natal. Quanto à renda mensal familiar, foi notório que mais da metade das gestantes relatou renda mensal igual ou inferior a um salário mínimo. Achados esses similares ao estudo de Santos et al.¹³

A baixa renda familiar citada caracteriza menos disponibilidade de recursos para ponderar os alimentos adequados para essa fase da vida, bem como para garantir qualidade educacional e de saúde. No entanto, a escolaridade materna pode facilitar o entendimento das orientações ofertadas durante as consultas de pré-natal, mesmo que, em algumas vezes, não tenha condições de segui-las rigorosamente.

Sabe-se que a baixa escolaridade materna tem sido relacionada à morbimortalidade infantil, ao déficit de crescimento e desnutrição, à menor chance de as gestantes efetuarem mais de seis consultas durante o pré-natal e à maior dificuldade em seguir o calendário vacinal,¹² portanto, o perfil educacional das gestantes estudadas pode prover um bom prognóstico quanto aos riscos acima citados.

Segundo Santos et al.,¹³ a escolaridade desempenha papel central na maneira como as pessoas irão conduzir sua vida e a de seus filhos. As mães que têm maior grau de instrução podem ter uma visão mais abrangente de como conduzir as situações cotidianas. Os índices de mortalidade perinatal e materna, de partos prematuros e de recém-nascidos de baixo peso ao nascer são consideravelmente mais altos nas populações sem privilégios e nível socioeconômico baixo.¹³⁻¹⁵

Em relação à situação conjugal, observou-se que a maioria tinha união estável. Resultado similar foi identificado em outros estudos.¹⁶⁻¹⁸ A presença de um companheiro é muito importante no processo gestacional, já que é uma pessoa com a qual a mulher pode dividir seus anseios, dúvidas, medo e, inclusive, questões relacionadas à gestação. Ou seja, a real presença de um companheiro pode transmitir segurança nesse período em que há mudanças tanto fisiológicas quanto psicoemocionais na vida da mulher, se este desempenha de fato uma verdadeira função de apoiador.

No que se refere às gestantes que se autodeclararam como negras, houve um porcentual substancialmente elevado. Esse dado é similar ao encontrado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no Censo de 2010,¹⁹ registrando que 15 milhões de pessoas se classificaram como pretas (7,6%) e 82 milhões, como pardas (43,1%), refletindo assim a realidade brasileira. E também apresenta consonância com o município onde foi desenvolvido o estudo, por ser localizado no Recôncavo Baiano, região historicamente marcada pela presença de indivíduos que foram escravizados e têm origem africana.

É importante ressaltar que por se tratar de uma população negra, estudos registram que essa raça apresenta maior predisposição para o desenvolvimento de hipertensão arterial sistêmica (HAS).²⁰ O aparecimento dessa doença pode trazer, como consequência, para as mulheres no período gestacional, maior risco de desenvolver síndromes hipertensivas gestacionais, o que torna, assim, imprescindível as orientações alimentares voltadas para promoção de hábitos alimentares saudáveis e prevenção do aparecimento de complicações na gestação.

No que se refere à distribuição do estado antropométrico, conforme o trimestre gestacional, observa-se, no segundo e terceiro trimestre, predominância de gestantes eutróficas, e no primeiro trimestre, grávidas com sobrepeso. Entretanto, é importante destacar que metade das gestantes estudadas no segundo e terceiro trimestre apresentavam alterações nutricionais quanto ao seu estado antropométrico, e essas podem se associar a gestações de alto risco, incluindo complicações do parto, anemia materna, parto pré-termo, macrosomia e mortalidade infantil,²¹ além de que, o aumento da ocorrência de baixo peso e obesidade do primeiro para o terceiro trimestre gestacional evidencia que cuidados nutricionais mais específicos ainda precisam ser destinados a esse grupo.

Segundo Accioly,²² o primeiro trimestre gestacional é marcado por uma fase de grandes modificações biológicas, em que a condição nutricional pré-gravídica tem grande impacto quanto às reservas energéticas adequadas. E o segundo e terceiro trimestre são etapas em que as condições ambientais vão exercer influência direta no estado nutricional do feto, e os hábitos de vida maternos, juntamente com uma assistência pré-natal adequada, irão garantir um crescimento e desenvolvimento normal fetal. De acordo com os achados deste estudo, pode-se subentender que o bom desenvolvimento do estado gravídico apresentado pela maioria sugere que as gestantes podem estar seguindo as orientações nutricionais que lhes foram ofertadas, no entanto, destaca-se que são apenas suposições, uma vez que este estudo não teve abordagem de acompanhamento.

Considerando as mulheres que tiveram excesso de peso (sobrepeso e obesidade) no terceiro trimestre gestacional (35,1%), pode-se cogitar que o menor poder aquisitivo levaria ao consumo de alimentos de baixo valor nutricional, por serem considerados mais baratos, ou em menor quantidade.²³ Estes dados podem refletir parte das características da transição nutricional, a qual se configura pela redução da desnutrição energético-proteica, aumento do excesso de peso, além da coexistência de carências nutricionais específicas (hipovitaminose A e anemia), que, por sua vez, associa-se com o desenvolvimento de intercorrências na gestação, como diabetes gestacional e síndrome hipertensiva da gravidez, que podem levar a desfechos gestacionais desfavoráveis.²⁴

Se, por um lado, é consenso que o baixo peso materno e o ganho de peso gestacional insuficiente estão associados ao baixo peso ao nascer (BPN); por outro, é reconhecido que a obesidade e o ganho de peso gestacional excessivo estão associados à macrosomia fetal e que os riscos de complicações perinatais aumentam de forma diretamente proporcional ao peso materno pré-gravídico.²⁵

Quanto aos achados relacionados com a orientação nutricional, observou-se que quase todas as gestantes receberam orientações alimentares durante as consultas de pré-natal. Este resultado apresentou variação quando comparado aos de outros estudos, sendo maior que o encontrado por Niquini et al.¹¹ e menor que aquele identificado por Barreto²⁶ e Vitolo.²⁷

Assim, diante dos resultados deste estudo e de outros publicados na literatura científica, faz-se necessário repensar a qualidade do cuidado nutricional, ou seja, a adequação da assistência pré-natal do ponto de vista qualitativo. Por isso, é importante destacar que essas orientações devem

ser ofertadas considerando condicionantes importantes, a exemplo de contextos econômicos, social e cultural, assim como o encaminhamento das gestantes para programas de assistência social, quando preciso.

Segundo Barreto,²⁶ o anseio de verificar se as gestantes atendidas em serviços públicos de saúde recebem orientações sobre nutrição no pré-natal, e se são pertinentes ao estado nutricional, passa pela necessidade de ponderar as ações e atividades desenvolvidas no âmbito da atenção nutricional, visando à reversão de possíveis deficiências, assim como pela necessidade de reflexão para direcionar ou redirecionar as ações e atividades.

Estudos sugerem que, quando as gestantes recebem orientação sobre nutrição, ocorre melhora do seu estado nutricional, tanto para as gestantes com peso abaixo quanto para as com peso acima do recomendado, ou seja, a alteração alimentar está relacionada ao conhecimento sobre a alimentação necessária nessa fase.²⁸

Já para o conteúdo dessas orientações, foi notório elevado percentual das gestantes que declararam ter recebido orientação, que são amplamente divulgadas na sociedade, como comer mais frutas e legumes, ingerir mais leite, iogurte ou queijo, ingestão hídrica adequada, reduzir consumo de sal, comer mais leguminosas, com destaque para o feijão.

A orientação para consumo de vísceras uma vez por semana foi recebida por 51,7% das gestantes, sugerindo necessidade de incentivo à introdução de alimentos fonte de ferro e vitamina A na alimentação dessas mulheres.²⁶

Entre os nutrientes essenciais para o bom desenvolvimento gestacional está o ferro, presente em outros alimentos e não apenas no fígado, necessário para as mulheres reporem suas perdas basais, para expansão da massa eritrocitária, além de suprir as carências para o crescimento do feto e da placenta.²⁹

Ao considerar os profissionais que prescreveram as orientações alimentares, destaca-se uma alta frequência da figura do profissional enfermeiro, evidenciado também no estudo de Niquini et al.¹¹ É importante salientar que nas USFs estudadas todos os acompanhamentos durante as consultas de pré-natal eram realizados por enfermeiros e não havia o nutricionista na equipe mínima. Assim, entende-se o motivo pelo qual essas orientações sejam efetivadas por esses profissionais.

Sabe-se que o material adotado pela equipe de enfermagem é o *Manual do Pré-natal e Puerpério*, do Ministério da Saúde, o qual não contém orientações nutricionais gerais que devem ser oferecidas para as gestantes, descrevendo apenas as orientações alimentares para solucionar sintomas digestivos. As orientações nutricionais básicas somente estão presentes no *Guia Alimentar para a População Brasileira*, produzido pelo Ministério da Saúde, o qual aponta sete diretrizes para a obtenção de uma alimentação apropriada para a população e, em alguns momentos, especifica sobre a alimentação durante a gestação. Esse instrumento, aliado a uma formação acadêmica, faz

com que o profissional nutricionista esteja preparado para manuseá-lo.^{30,31} Apontando, assim, o menor domínio sobre o tema pelo profissional enfermeiro se comparado ao nutricionista, que foi habilitado para lidar com questões alimentares e nutricionais.

Diante desse quadro, a inclusão do nutricionista na equipe mínima da USF revela-se uma necessidade político-social relevante. Esse profissional deve complementar a equipe multiprofissional na assistência pré-natal, com o objetivo de proporcionar às gestantes orientações no que tange a sua alimentação e nutrição. É preciso que a atenção pré-natal seja exercida por todos os profissionais aptos a oferecer a essa gestante a atenção adequada e um trabalho em equipe mais amigável, com diálogo entre os profissionais.

Um estudo sobre educação nutricional em serviços públicos de saúde evidenciou que médicos e enfermeiras apresentam formação deficiente em nutrição e dificuldades para reconhecer e lidar com os problemas alimentares dos usuários. Identificou ainda que as deficiências alimentares não são consideradas problema para serem resolvidos pelos serviços de saúde, pois são tidos como questões econômicas.³²

Sugere-se que resultados melhores seriam alcançados caso as orientações fossem realizadas pelo profissional nutricionista integrante do NASF. Mas o fato de haver um bom resultado com relação ao estado antropométrico das mulheres pesquisadas, e levando em conta que as orientações são oriundas do profissional enfermeiro, pode ser um indicativo de boa integração entre a enfermagem e a nutrição, presente no NASF.

Por outro lado, em um estudo de caráter qualitativo executado em um município do Sul do Brasil, em 2009, com equipes de saúde da família com o objetivo de identificar as principais dificuldades encontradas pela equipe mínima, os profissionais entrevistados relataram realizar diversas atividades que não são específicas de suas profissões, devido à falta de profissionais na equipe. Os entrevistados referiram prescrever orientação alimentar através de “dicas” sobre alimentação saudável, reforçando a necessidade da inclusão do nutricionista na equipe mínima da estratégia de saúde da família.³³

O recebimento de orientação nutricional por escrito foi referido por uma pequena parcela das gestantes entrevistadas, resultado similar ao encontrado por Niquini et al.¹¹ Este resultado já era previsto, pois não é prática recorrente do profissional das USFs, por causa dos princípios que permeiam a estratégia de saúde da família e das outras demandas referentes às consultas de pré-natal. Ressaltando que é importante evitar o fornecimento excessivo de informações técnicas, traduzidas em orientações nutricionais.

E quanto ao modo de como foram conduzidas essas orientações, ressalta-se as consultas individualizadas no pré-natal, revelando mais uma vez a figura e a presença do profissional enfermeiro nesse processo. Uma pequena parcela das gestantes entrevistadas relatou o recebimento

de orientações através de grupos educacionais, entre os quais se destaca o Grupo de Incentivo ao Aleitamento Materno Exclusivo (GIAME), responsável pelo acompanhamento de gestantes a partir do 7º mês de gravidez até o 6º mês pós-parto. Diversos profissionais do NASF são responsáveis pela condução do GIAME, entre eles estão: farmacêutico, fonoaudiólogo, educador físico e nutricionista. Assim, pode-se subentender a participação do nutricionista do NASF durante esses encontros.

Esse profissional, ao ser inserido em uma estratégia que tem como campos de intervenção o indivíduo, a família, a comunidade e o meio ambiente, tem a competência necessária para realizar a promoção de hábitos alimentares saudáveis, vigilância alimentar e nutricional, prevenção, diagnóstico e tratamento dos distúrbios nutricionais pré-gestacionais, gestacionais e carências nutricionais específicas, educação dos componentes da equipe de saúde da família na área de alimentação e nutrição³⁴ e propor orientações nutricionais adequadas à cultura, às condições fisiológicas e à disponibilidade de alimentos.

No contexto da promoção da alimentação saudável voltada para a gestante, sugere-se a proposta da pirâmide de alimentos específica para o período gestacional, a qual pode ser um instrumento estratégico, quando usado no processo de educação em saúde, já que permite a visualização dos alimentos, a quantidade a ser consumida, assim como os alimentos que devem ser evitados pelas gestantes.³⁵

Por fim, torna-se ideal garantir a assistência nutricional realizada pelo nutricionista, como elemento do conjunto de ações do pré-natal para uma adequada atenção integral à saúde nutricional materna, sendo essencial o conhecimento do perfil epidemiológico nutricional da população gestante, bem como de seus fatores interligados.

Conclusões

Diante dos resultados do presente estudo, observou-se que a maioria das mulheres grávidas recebeu algum tipo de orientação alimentar, porém não foi realizado pelo profissional nutricionista, sendo este o habilitado no tema. Entretanto, mesmo essas orientações sendo realizadas por outro profissional da estratégia de saúde da família e ainda existindo um percentual relevante de gestantes com alterações do estado antropométrico, pode-se considerar que os resultados, de maneira geral, apresentaram-se de forma positiva para a população em questão, evidenciando a importância dessas orientações.

Face ao cenário exposto, percebe-se uma tendência à melhora do panorama da assistência nutricional na gestação devido à inserção do NASF, criado pela Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, bem como da inclusão do nutricionista como componente da mesma, para a ampliação da abrangência, da integralidade e da resolutibilidade da assistência pré-natal.³⁶

Não obstante, para o sucesso da assistência pré-natal é necessária a participação da equipe inter e multidisciplinar, o cuidado pré-natal qualificado, humanizado e precoce, além da garantia da assistência de qualidade ao longo da gestação.³⁷ Logo, os profissionais da equipe mínima e do NASF devem compartilhar seus conhecimentos, permitindo uma visão ampliada da saúde, a partir do trabalho multidisciplinar, em direção a uma assistência integral à saúde da população.

Assim, o processo de orientação nutricional deve ser entendido pelos profissionais de saúde como um dos componentes que podem contribuir para a reeducação alimentar e construção de hábitos alimentares saudáveis.

Acredita-se que uma maior efetividade será alcançada com a valorização dos hábitos alimentares preexistentes, a cultura, os costumes, entre outros componentes sociais e econômicos envolvidos no ato de comer das grávidas.

Agradecimentos

Os autores agradecem à Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB) (processo 7190/2011 e APP0038/2011), ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ) (processo 481509/2012-7). E a todas as gestantes que participaram desta pesquisa.

Colaboradores

Lisboa CS participou da concepção e delineamento do estudo, Interpretação dos dados, redação e revisão crítica do conteúdo intelectual. Santana JM, Santos DB e Bittencourt LJ, participaram da análise dos dados, da redação e revisão do manuscrito.

Conflito de interesses: Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Referências

1. Werutsky NMA, Frangella VS, Pracanica D, Severine AN, Tonato C. Avaliação e recomendações nutricionais específicas para gestante e puérpera gemelar. *Einstein* 2008; 6(2):212-220.
2. Melo ASO, Assunção PL, Gondim SSR, Carvalho DF, Amorim MMR, Benício MHD'A, et al. Estado nutricional materno, ganho de peso gestacional e peso ao nascer. *Rev Bras Epidemiol*. 2007; 10(2):249-257.
3. Reinhard T, Width M. Manual de sobrevivência para nutrição clínica. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2009.

4. Sato APS, Fujimori E. Estado nutricional e ganho de peso de gestantes. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2012; 20(3):[7 telas].
5. Freitas ES, Bosco SMD, Sippel CA, Lazzaretti RK. Recomendações nutricionais na gestação. *Revista Destaques Acadêmicos* 2010; 2(3):81-95.
6. Vitolo MR. Avaliação nutricional da gestante. In: Vitolo MR, editor. *Nutrição da gestação ao envelhecimento*. Rio de Janeiro: Rubio; 2008. p. 57-65.
7. Santana JM, Queiroz VAO, Brito SM, Santos DB, Assis AM. Patrones en el embarazo Consumo de alimentos: un estudio longitudinal. *Nutr Hosp.* 2015; 32(1):2015.
8. Mattos PF, Neves AS. A importância da atuação do nutricionista na Atenção Básica à Saúde. *Rev Práxi.* 2009; 1(2):11-15.
9. Demétrio F, Paiva JB, Fróes AAG, Freitas MCS, Santos LAS. A nutrição clínica ampliada e a humanização da relação nutricionista-paciente: contribuições para reflexão. *Rev Nutr.* 2011; 24(5):743-763.
10. Bahia. Prefeitura Municipal de Santo Antônio de Jesus. *Dados Municipais de Saúde*.
11. Niquini RP. Avaliação da assistência nutricional no pré-natal em sete unidades de saúde da família do município do Rio de Janeiro [Dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2010.
12. Salvador BC, Paula HAA, Souza CC, Cota AM, Batista MA, Pires CR, et al. Atenção pré-natal em Viçosa-MG: contribuições para discussão de políticas públicas de saúde. *Revista Médica de Minas Gerais* 2008; 18(3):167-174.
13. Santos AL, Radovanovic CAT, Marcon SS. Assistência pré-natal: satisfação e expectativas. *Rev Rene* 2010; 11(Num. Especial):61-71.
14. Lansky S, Lima AAF, Silva AAM, Campos D, Bittencourt SDA, Carvalho ML, et al. Pesquisa Nascido no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cad. Saúde Pública* 2014; 30:192-207.
15. Ribeiro AM, Guimarães MJ, Lima MC de, Sarinho SW, Coutinho SB. Fatores de risco para mortalidade neonatal em crianças com baixo peso ao nascer. *Rev Saúde Pública* 2009; 43(2):246-255.
16. Fujimori E, Cassana LMN, Szarfarc SC, Oliveira IMV, Guerra-Shinohara EM. Evolucion del estado nutricional de embarazadas atendidas en la red basica de salud, Santo Andre, Brasil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2001; 9(3):64-69.
17. Nochieri ACM, Assumpção MF, Belmonte FAL, Leung MCA. Perfil nutricional de gestantes atendidas em primeira consulta de nutrição no pré-natal de uma instituição filantrópica de São Paulo. *O Mundo da Saúde* 2008; 32(4):443-451.
18. Santos LA, Mamede FV, Clapis MJ, Bernardi JVB. Nutritional guidance during prenatal care in public health services in Ribeirão Preto: discourse and care practice. *Rev. Latino-Am Enfermagem* 2006; 14(5):689-694.
19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo demográfico 2010*. Rio de Janeiro: IBGE; 2011.

20. Ferreira SRG, Moura EC, Malta DC, Sarno F. Frequência de hipertensão arterial e fatores associados: Brasil, 2006. *Rev Saúde Pública* 2009; 43(2):98-106.
21. Guerra AFFS, Heyde MEDV, Mulinar RA. Impacto do estado nutricional no peso ao nascer de recém-nascidos de gestantes adolescentes. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2007; 29(3):126-133.
22. Accioly E, Saunders C, Lacerda EMA. *Nutrição em obstetrícia e pediatria.* 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2009.
23. Stulbach TE, Benício MHA, Andreazza R, Konno SC. Determinantes do ganho ponderal excessivo durante a gestação em serviços públicos de pré-natal e baixo risco. *Rev Bras Epidemiol.* 2007; 10(1):99-108.
24. Padilha PC, Saunders C, Machado RCM, Silva CL, Bull A, Sally EOF, et al. Associação entre o estado nutricional pré-gestacional e a predição do risco de intercorrências gestacionais. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2007; 29(10):511-518.
25. Assunção PL, Melo ASO, Amorim MMR, Cardoso MAA. Ganho de peso gestacional: determinantes e suas repercussões clínicas e perinatais. *Femina* 2009; 37(4):217-222.
26. Barreto AS, Santos DB, Demetrio F. Orientação nutricional no pré-natal segundo estado nutricional antropométrico: estudo com gestantes atendidas em Unidades de Saúde da Família. *Revista Baiana de Saúde Pública* 2013; 37(4):952-968.
27. Vitolo MR, Bueno MSF, Gama CM. Impacto de um programa de orientação dietética sobre a velocidade de ganho de peso de gestantes atendidas em unidades de saúde. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2011; 33(1):13-19.
28. Belarmino GO, Moura ERF, Oliveira NC, Freitas GL. Risco nutricional entre gestantes adolescentes. *Acta Paul Enferm.* 2009; 22(2):169-175.
29. Chagas CB. Assistência nutricional pré-natal na prevenção e controle da deficiência de vitamina A e anemia em gestantes [Dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Nutrição Josué de Castro, Programa de Pós Graduação em Nutrição; 2007.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
31. Magalhães APA, Martins KC, Castro TG. Educação alimentar e nutricional crítica: reflexões para intervenção em alimentação e nutrição na atenção primária à saúde. *Rev Min Enferm.* 2012; 16(3):463-470.
32. Loch-Neckel G, Seemann G, Eidt HB, Rabuske MM, Crepaldi MA. Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. *Ciênc Saúde Coletiva* 2009; 14(1):1463-1472.
33. Niquini RP, Bittencourt SA, Lacerda EMA, Sauders C, Leal MC. Avaliação do processo da assistência nutricional no pré-natal em sete unidades de saúde da família do Município do Rio de Janeiro. *Ciênc Saúde Coletiva* 2012; 17(10):2805-2816.

34. Mancuso AMC, Tonacio LV, Silva ER, Vieira VL. A atuação do nutricionista na atenção básica à saúde em um grande centro urbano. *Ciênc Saúde Coletiva* 2012; 17(12):3289-3300.
35. Cordelini S, Goulart SC. Aspectos nutricionais na gravidez. In: Spallicci MDB. *Gravidez & nascimento*. São Paulo: Edusp; 2002. p. 59-70.
36. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. *Cadernos de Atenção Básica*, 27.
37. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. *Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico*. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

Recebido: 24/04/2017

Revisado: 05/09/2017

Aceito: 12/09/2017

