

 Carolina da Costa Pires<sup>1</sup>

 Mariana Leal Rodrigues<sup>2</sup>

 Jane de Carlos Santana  
Capelli<sup>3</sup>

 Marta Maria Antonieta de  
Souza Santos<sup>4</sup>

 Mirian Ribeiro Baião<sup>1</sup>

## Atenção nutricional e práticas alimentares na perspectiva de gestantes com excesso de peso

### *Nutritional attention and food practices in the perspective of overweight pregnant women*

<sup>1</sup> Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Departamento de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

<sup>3</sup> Universidade Federal do Rio de Janeiro, Curso de Nutrição, Campus UFRJ-Macaé Professor Aloisio Teixeira. Macaé, RJ, Brasil.

<sup>4</sup> Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Nutrição Josué de Castro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

#### Correspondência

Carolina da Costa Pires  
c.pires4@hotmail.com

#### Resumo

**Objetivo:** Este estudo tem como objetivo investigar a atenção nutricional e as práticas alimentares, na perspectiva de gestantes com excesso de peso assistidas na Atenção Básica de Macaé, Rio de Janeiro. **Métodos:** Trata-se de pesquisa de abordagem qualitativa, fundamentada no paradigma interpretativista. Realizaram-se entrevistas em profundidade, cujos dados foram submetidos à análise de conteúdo temática adaptada de Bardin. Foram entrevistadas 12 gestantes com excesso de peso, maiores de 20 anos, residentes em Macaé-RJ. **Resultados:** O estudo verificou o estabelecimento de relações verticalizadas entre o profissional de saúde-usuário, descontinuidade do atendimento nutricional e a não adesão às orientações dietéticas por algumas participantes. Houve maior aceitação do ganho de peso gestacional excessivo e adoção de práticas alimentares ambíguas, permeadas tanto pelo consumo exagerado de alimentos quanto pela retirada de alimentos considerados “ruins e/ou besteiras”. O discurso verticalizado do profissional de saúde, frequentemente autoritário, e a anulação da mulher enquanto sujeito ativo na construção do cuidado se manifestaram, de forma implícita, nas narrativas. **Conclusão:** A naturalização do excesso de peso gestacional, concepções construídas no imaginário social como o “comer por dois” e “desejos” durante a gestação, o conjunto das práticas alimentares nesse período e o suporte familiar constituem elementos relevantes a serem considerados pelas equipes de saúde para a organização da atenção nutricional.

**Palavras-chave:** Gestantes. Sobrepeso. Cuidado Pré-Natal. Comportamento Alimentar.

#### Abstract

**Objective:** The aim of this study is to investigate nutritional care and dietary practices, from the perspective of overweight pregnant women receiving primary health care in the town of Macaé, Rio de Janeiro state. **Methods:** This is a qualitative research study, based on the interpretive paradigm. In-depth interviews were conducted, and the data underwent thematic content analysis, adapted from Bardin. Twelve overweight pregnant women, over 20 years old, living in Macaé-RJ, were interviewed. **Results:** The study found the establishment of vertical relationships between the health worker-patient, discontinued nutritional care and non-adherence to dietary guidelines by some participants. There was greater acceptance of excessive gestational weight gain and the adoption of ambiguous eating practices, permeated both by the excessive intake of food and by the withdrawal of foods considered to be “bad and/or junk”. The vertical discourse of health workers, which is often authoritarian, and the nullification of women as an active subject in the construction of care, were implicitly reported in the narratives. **Conclusion:** Naturalization of gestational excess weight, conceptions built in the social imaginary such as “eating for two” and “cravings” during pregnancy,

the set of eating practices in this period and family support are relevant elements to be considered by health teams for the organization of nutritional care.

**Keywords:** Pregnant women. Overweight. Prenatal care. Eating Behavior.

## INTRODUÇÃO

Na gestação, as necessidades nutricionais encontram-se aumentadas, e a atenção nutricional é essencial para a saúde materno-fetal. Gestantes devem consumir alimentos em variedade e quantidade específicas, considerando as orientações dos guias alimentares e as questões socioculturais locais, a fim de atingir as necessidades energéticas e as recomendações de ganho de peso. Nesse período, muitas mulheres apresentam ganho de peso excessivo, o que pode comprometer seu estado nutricional futuro. O peso pré-gravídico e a retenção de peso no pós-parto tornam a gravidez um período de risco para o desenvolvimento da obesidade e, portanto, devem-se orientar e incentivar práticas alimentares saudáveis nessa fase.<sup>1-3</sup>

O estado nutricional materno exerce grande impacto no prognóstico da gestação, e as práticas alimentares saudáveis estão associadas a um melhor desenvolvimento embrionário, prevenção de complicações gestacionais, melhor recuperação no pós-parto e qualidade do aleitamento materno.<sup>1,4-5</sup>

A despeito da transição do perfil nutricional da população brasileira, caracterizada pelo crescente aumento do sobrepeso e obesidade, o protocolo da atenção nutricional no pré-natal, elaborado pelo Ministério da Saúde, ainda mantém o foco na prevenção do nascimento de recém-nascidos de baixo peso.<sup>6</sup> Além disso, prevalece uma abordagem biológica, fragmentada e verticalizada da atenção, que favorece o engessamento do olhar do profissional da Atenção Básica (AB), dificultando que o mesmo vislumbre a orientação de ações integrais voltadas às gestantes com risco para o desenvolvimento de excesso de peso.<sup>7</sup> A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) define a AB como o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas, que envolvem a promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, de modo a ofertar uma atenção integral pela equipe interdisciplinar à população de um território definido.<sup>8</sup>

No entanto, segundo Niquíni et al.,<sup>9</sup> o despreparo dos profissionais para lidar com as questões nutricionais, que exigem competências e habilidades que extrapolam a habilitação específica de suas profissões; a dificuldade de matriciamento e manutenção dos fluxos de referência e contrarreferência; e a ausência do nutricionista na composição do quadro básico das equipes de saúde são fatores que prejudicam a integralidade da atenção pré-natal.

Apesar de todos os desafios, a gestação pode ser um momento propício para promover a alimentação saudável. Líbera et al.<sup>10</sup> apontam que mulheres, ao receberem atendimento nutricional comprometido com a integralidade da atenção pré-natal, incorporam práticas alimentares mais saudáveis, que podem ser mantidas para além do período gravídico, contribuindo com a prevenção do excesso de peso e obesidade em mulheres.

Contudo, há de se sublinhar uma importante reflexão, trazida por Poulain<sup>11</sup> e discutida por Oliveira,<sup>12</sup> acerca das questões corporais numa visão que contempla o corpo como um dos elementos constitutivos de um amplo e intrincado universo de significações, no qual são produzidas as subjetividades. Nesse sentido, o autor chama a atenção para a influência de atores sociais, cujos interesses divergentes (ou nem tanto) estão postos na arena (social e política) da obesidade, podendo transformá-la em um fenômeno universal na saúde pública e, portanto, passível de ser abordada pelo “ativismo antiobesidade” que, por sua vez, pode trazer de volta políticas de controle sobre os indivíduos. Desta forma, deve-se ter cuidado com o processo de medicalização da alimentação cotidiana e com as controvérsias ligadas ao olhar crítico sobre a obesidade, os riscos sanitários, sociais e culturais aos quais está sujeita.

O presente estudo tem como objetivo investigar a atenção nutricional e práticas alimentares, na perspectiva de gestantes com excesso de peso assistidas na Atenção Básica de Macaé, Rio de Janeiro.

## MÉTODO

Estudo de abordagem qualitativa, tendo o interpretativismo como fundamentação teórica, e a análise de conteúdo temática adaptada de Bardin<sup>13</sup> como referencial técnico. Buscou-se apreender temas, categorias e aglutinação de sentidos, para compreender os modelos por trás dos conteúdos manifestos nas falas, conforme procedimentos orientados por Minayo.<sup>14</sup>

O trabalho de campo foi desenvolvido no período de fevereiro a agosto de 2017, em duas unidades de saúde do município de Macaé: Estratégia de Saúde da Família (ESF) Cajueiros e Núcleo de Atenção à Mulher e à Criança – NUAMC Visconde.

O município de Macaé se localiza na região nordeste do estado do Rio de Janeiro, a 180 quilômetros da capital fluminense, e conta com uma população estimada de 244 mil habitantes. O sistema alimentar local apresentou importante alteração, em decorrência da chegada de indústrias na região e da ocupação desordenada da população. A cultura da pesca e da agricultura de subsistência sofreu mudanças com o avanço da industrialização e exploração do petróleo na região, afetando as práticas alimentares. Tal fenômeno pode estar contribuindo para o aumento do excesso de peso na população, inclusive em gestantes.<sup>15,16</sup>

Deu-se início à pesquisa pelo acesso aos registros em prontuário institucional, para a identificação das gestantes que preenchem os critérios de inclusão: residir no município de Macaé, ser adulta (maior de 20 anos) e apresentar diagnóstico de excesso de peso, segundo o índice de massa corporal (IMC) por semana gestacional (sobrepeso ou obesidade). Além desses dados, também foram extraídas informações socioeconômicas e demográficas para a caracterização das participantes do estudo.

O convite para a participação das gestantes na pesquisa ocorreu nos dias das consultas de pré-natal ou por intermédio dos agentes de saúde. As participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e foram encaminhadas a uma sala reservada, para que se garantisse a privacidade da entrevistada.

Empregou-se o critério de saturação das falas para delimitação do número de participantes a compor o grupo a ser investigado,<sup>17</sup> totalizando 12 gestantes adultas com diagnóstico de excesso de peso. Na construção dos dados, foi utilizada entrevista semiestruturada, gravada digitalmente e transcrita na íntegra, para garantir o registro das falas, dos códigos verbais e não verbais, como de entonações de voz, interjeições e silêncios.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery (CEP EEAN) da instituição proponente (Universidade Federal do Rio de Janeiro) e da instituição coparticipante (Secretaria Municipal de Saúde de Macaé), sob CAEE 6197.9416.7.0000.5238, conforme prevê a Seção I da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece as diretrizes e normas para pesquisas envolvendo seres humanos.<sup>18</sup>

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Das 12 gestantes entrevistadas, quatro eram naturais do município de Macaé, três do município do Rio de Janeiro e as demais naturais de outros municípios do estado do Rio de Janeiro (duas), do estado da Bahia (duas) e de Minas Gerais (uma). Oito eram múltíparas e quatro primíparas. Uma havia completado o ensino fundamental, cinco completaram o ensino médio, outras cinco tinham o ensino médio incompleto, e apenas uma cursava o nível superior. Oito eram do lar, uma estudante e três exerciam trabalho remunerado. À

época da entrevista, todas viviam com seus companheiros que, na maior parte dos casos, garantiam o orçamento da família.

Em relação à adesão ao calendário mínimo da atenção pré-natal, apenas quatro das entrevistadas compareceram a seis ou mais consultas (o Ministério da Saúde adota um calendário de acompanhamento até a 41ª semana gestacional).<sup>1</sup> Entretanto, não foi possível avaliar esse parâmetro, uma vez que todas as entrevistadas apresentavam idade gestacional inferior a 41 semanas. O diagnóstico nutricional apontou que metade das entrevistadas apresentava sobrepeso e a outra metade obesidade, segundo o IMC por semana gestacional.

A atenção nutricional no pré-natal foi apreendida a partir das falas das entrevistadas por meio da categoria “Alimentação e orientação nutricional no pré-natal: práticas alimentares e vivência do cuidado nutricional”.

### **Alimentação e orientação nutricional no pré-natal: práticas alimentares e vivência do cuidado nutricional**

O estado nutricional da gestante é reconhecido como um aspecto essencial para uma gestação saudável e sem intercorrências. Nesse sentido, faz-se necessária a atitude de vigilância em relação às práticas alimentares, visto que as orientações precisam conciliar as demandas nutricionais da gestação com os símbolos e rituais relativos à maternidade, de forma que a atenção nutricional sensibilize as gestantes a reconhecerem as motivações de suas escolhas alimentares e, nessa perspectiva, transformá-las ou mantê-las.<sup>19-22</sup>

Para algumas das entrevistadas, o incremento das necessidades nutricionais foi percebido em associação ao aumento do apetite e à movimentação fetal, que geravam quadros de ansiedade e comprometiam a realização de atividades cotidianas, inclusive dormir. Assim, o acréscimo de várias refeições ao longo do dia e o ato de “comer por dois” eram justificados pela urgência em serenar o conceito e aliviar seu estado de angústia.

Ah, tô comendo o dobro, né? [risos]. Ah, sei lá, dá mais fome. Eu não tô me alimentando só pra mim, tô me alimentando pra criança também [...] Então, a comida é o dobro, né? [...] Se eu não me alimentar o suficiente durante a noite, chega de madrugada, minha filha, não consigo dormir. Fica a noite toda a criança mexendo. Enquanto eu não comer, eu não durmo. (GD02).

Agora, eu tô comendo três pães de manhã cedo [risos]. Eu como depois, antes do almoço [...] o que tiver lá em casa, eu como. É mais pão ou bolo, é uma doideirada. Na hora do almoço, eu como prato igual de peão, minha filha. Como tudo! [...] De tarde, é mais bolo, mais pão [...] tá tudo bagunçado agora [...] [muitos risos]. (GA09).

Fatores socioculturais e emocionais associados à alimentação da gestante, como a sensação de “desejos”, ainda permeiam o cotidiano de muitas mulheres, validando o consumo indiscriminado de alimentos e/ou preparações, podendo comprometer ainda mais o estado nutricional, como aconteceu com algumas gestantes deste estudo.<sup>23</sup>

[...] Foi na TV, eu vi uma receita de moqueca de banana da terra com palmito. Eu vi aquilo na TV e fiquei desesperada. Fiz meu marido comprar a banana da terra, o palmito, pro meu marido fazer a moqueca de banana da terra com palmito. E eu comi toda. Foi a única coisa desesperadora [...] Eu fiquei tentando entender porque eu queria comer aquilo, mas eu queria comer aquilo! (GC08).

A única coisa que me deu vontade, uma vontade terrível que me consumia, na igreja, que foi a primeira vez que eu fiquei revoltada, que eu saí tarde da igreja, foi coxinha de frango. Eu ficava sonhando com a coxinha de frango e o guaraná. Aí, eu fiquei procurando e não achei na saída da igreja. No outro dia, meu marido comprou pra mim. Mas foi uma coisa terrível. Meu marido comprou três e eu comi as três! (GA09).

[...] Deu uma vontade grande de comer foi pavê. Pavê de biscoito, de chocolate. Deu uma vontade imensa! Aí, eu fui fazer o pavê e ele não saiu do jeito que eu queria [risos]. Saiu péssimo, mas eu comi tudo. A vontade era tanta, que saiu péssimo e eu comi tudo! [Muitos risos] (GD02).

Estudo realizado por Baião & Deslandes<sup>24</sup> apontou que, durante a gestação, as mulheres distinguem a “má alimentação” da “alimentação saudável”. A má alimentação estaria associada ao “exagero no consumo alimentar” e ao possível desenvolvimento de doenças, enquanto a alimentação saudável deveria ser uma escolha necessária para o crescimento e desenvolvimento fetal, aspectos também apreendidos neste estudo:

[...] passei a comer mais doce. E não consigo dizer não. Mas é um problema. Eu não posso, eu tenho que controlar a minha glicose! [...] (CC07).

[...] Já que eu não posso comer besteira, eu vou lá e como arroz e feijão, janto, como uma saladinha. Eu acho que isso não vai me fazer mal. Ao invés de comer um hambúrguer, eu vou comer isso. Eu tento olhar esse lado positivo, entendeu? De que eu tô tirando as coisas, mas é pro bem [referindo-se ao bebê] [...] (GC08).

Algumas entrevistadas referiram a realização de, pelo menos, quatro refeições ao dia – desjejum, almoço, lanche da tarde e jantar – e quando não conseguiam comer de “três em três horas”, tinham a compreensão de que um jejum prolongado não era considerado uma prática adequada<sup>25</sup>:

[...] Assim que eu acordo, eu tomo um café. Ou, se eu não tomar um café, eu como uma fruta. Aí, eu espero até a hora do almoço e almoço. De tardezinha, eu como uma fruta ou tomo um iogurte. Aí, eu janto. Eu janto um pedaço de carne, uma salada, um arroz e um feijão. (GN10).

Nas grandes refeições (almoço e jantar), observou-se a predominância da composição arroz, feijão, proteína animal (carnes) e hortaliças, a fim de “sustentar” o corpo gravídico e prevenir a ocorrência da anemia ferropriva, práticas alimentares também verificadas por Sato et al.<sup>26</sup> Para esses autores, a gestação promove modificações nos hábitos alimentares, especialmente relacionadas à inclusão do jantar e ao consumo de alimentos vegetais ricos em ferro.

Se eu comer só arroz, não vai me sustentar. Tem que comer um feijão, uma batatinha, uma cenourinha que, aí, reforça. (GD02).

Então, eu preciso comer meu arroz com feijão ou alguma coisa, uma salada também. (GC08).

[...] Eu comecei a comer mais feijão, porque eu não comia [ela teve anemia]. Eu comecei a comer mais brócolis, coisas que eu não comia. (GD11).

Para Junges et al.,<sup>22</sup> a alimentação durante a gestação é um meio para a construção de um elo com o feto, sendo percebida como importante para seu desenvolvimento. Neste sentido, destaca-se o papel do companheiro e da família na alimentação das entrevistadas. Por meio de atitudes de amorosidade e cuidado, auxiliavam a superar sintomas gastrointestinais típicos da gestação e a garantir a saúde mãe-filho, ao comprar, preparar e priorizar o consumo de alimentos considerados saudáveis:

Galinha ensopada [...] quando eu ficava muito enjoada, meu marido fazia muito e minha mãe também [...] (GG05).

Agora, a gente está comendo bastante legumes. [...] o meu marido tá comendo, meu filho também, que não gostava muito, que não ligava muito. Agora, ele [marido] tá comprando e tá querendo fazer [...] [risos] (GN10).

Teve um dia, que eu fiquei com vontade de comer chocolate [...] aí, sabe o que tomei? Meu marido foi lá, comprou um copo de açaí de 100 ml e a gente dividiu. E a gente não toma mais chocolate [...] pelo menos, não é uma barra de chocolate. A gente tenta dar uma equilibrada nas coisas, porque não é fácil também (GC08).

Sob essa ótica, outras regras alimentares foram adotadas durante o período gravídico. Reconhecer alguns alimentos como “ruins” e/ou “besteiras”, e retirá-los do cotidiano por constatarem seus malefícios, foi uma delas:

Só tirei as coisas ruins, como hambúrguer, pizza [risos e suspiros]. [...] Porque faz mal. Eu comia e passava bastante mal. Eu vomitava, dava tipo náuseas, dor de cabeça, porque eu lanchava umas três, quatro vezes na semana. E eu deixava de comer arroz, feijão, pra poder lanchar. Refrigerante eu tomei todos os dias [...] o efeito era logo após que eu ingeria e começava a passar mal. E eu resolvi cortar. (GI01).

Conforme apontado por Oliveira et al.,<sup>27</sup> os alimentos ultraprocessados são mais acessíveis economicamente, o que amplia seu consumo e permite sua ressignificação sociocultural, promovendo modificações no paladar da população e sua inclusão na rotina alimentar diária, sobretudo, pela facilidade de preparo.

De acordo com uma das entrevistadas, somente durante a consulta com a nutricionista da unidade de saúde foi possível perceber o consumo excessivo de alimentos ultraprocessados, ricos em açúcar, sódio e gordura, prejudiciais à saúde e contraindicados na gestação. Para ela, a orientação alimentar foi importante para o desenvolvimento de uma reflexão crítica sobre o papel da indústria no incentivo à adoção de práticas alimentares inadequadas e a necessidade de revê-las.<sup>10</sup>

Você vai adquirindo hábitos [...] tem hábito que a gente não percebe. Antigamente, a gente comprava um monte de coisa enlatada, comida enlatada, sardinha enlatada, suquinho enlatado. A gente, por praticidade, por preguiça, a indústria vai colocando você muito nisso. Quando a nutricionista falou: ‘você não pode comer uma lata de milho’, foi legal. Você acaba largando alguns hábitos e vai adquirindo outros, né? [...] você muda também, a sua cabeça vai mudando. (GC08).

A atenção nutricional no pré-natal é imprescindível para o planejamento do ganho de peso adequado na gravidez, prevenção de agravos, orientação alimentar, tratamento de sintomas gastrointestinais e, principalmente, promover um resultado obstétrico de sucesso.

Todavia, nesse estudo, observou-se que, apesar de as duas unidades de saúde contarem com nutricionistas – referência/matriciamento para o NASF (ESF Cajueiros) e modelo tradicional de assistência

(NUAMC Visconde), e as 12 entrevistadas apresentarem diagnóstico de excesso de peso, apenas oito foram referenciadas para a atenção nutricional pelas equipes de saúde. Dentre as oito, seis foram atendidas em uma única consulta e duas não compareceram ao atendimento com nutricionista:

Foi boa [consulta de nutrição]. Ela falou, claro, que eu não podia engordar muito, que eu podia comer proteína e verde todo dia, que se eu aumentasse muito o peso, que poderia dar um aumento de glicose, por causa de aumentar o peso tão rápido [...] com a nutricionista, eu fui uma vez só. Ela falou que se eu alterasse alguma coisa nos exames, era pra eu voltar. Mas não alterou, então [...] (GA09).

Para outras duas entrevistadas, o atendimento nutricional não foi um momento acolhedor. Embora com o propósito de orientar, o discurso autoritário da profissional de saúde foi recebido de forma traumática, gerando vergonha e descontentamento:

Ela me proibiu de comer um monte de coisas: feijão à noite, refrigerante, doce [...] mas eu não vou conseguir fazer isso, não. Eu tenho muita fome! [Fala em tom de reclamação] (GF04).

Ela ficou muito exagerada na quantidade de óleo que eu uso por mês, ela falou que a quantidade que eu uso é de 16 pessoas para uma casa, que a minha casa só tem três pessoas. Ela me deu um puxão de orelha pra eu poder diminuir. Ela falou que eu tenho que gastar um litro de óleo por mês. Eu gastava três a quatro por mês de óleo. Aí, ela ficou brava e espantada comigo. Eu trouxe o meu filho e o meu filho falou pra ela as coisas que a gente come: salgado, muita bobeira [risos nervosos]. Na mesma hora, ela me cortou as coisas (GN10).

Santos et al.<sup>28</sup> destacam a prevalência do modelo tradicional biomédico, que “[...] estabelece unilateralmente o que é certo ou errado, adequado ou inadequado, colocando-se como aquele que mais sabe sobre o outro do que ele mesmo” (p.778). Nesta perspectiva, a verticalização do conhecimento, rígida e crítica às crenças e experiências individuais, anula a possibilidade do estabelecimento de relações de igualdade e troca de saberes entre usuários e profissionais de saúde, limitando a percepção da mulher como sujeito ativo no processo do cuidado.

Em outra situação, apesar de referenciadas pela equipe de saúde, duas entrevistadas não compareceram ao atendimento nutricional. Uma, porque achou desnecessário, já que estava no final da gestação. A outra, porque não tinha com quem deixar o filho menor de idade. Nesse sentido, embora a equipe de saúde tenha reconhecido, mesmo que tardiamente, a necessidade de referenciar para a atenção nutricional especializada, a valorização da importância desse acompanhamento e a atenção às condições de vida da gestante, com vistas a facilitar o comparecimento à unidade, foram insuficientes para promover a integralidade da assistência.

Não tive não, até marquei, mas desmarquei. Pra quê?! Tô no final da gestação. (GT12).

Eles agendaram [a equipe do posto de saúde], a moça da recepção marcou a nutricionista. Mas aí, como ficou um pouco difícil porque o meu filho é hiperativo, aí ficou difícil pra eu vir (GA06).

Como as gestantes abordadas apresentavam diagnóstico nutricional de excesso de peso, a descontinuidade da atenção representava um risco à ocorrência de agravos à saúde ao longo da gestação, no parto e no puerpério,<sup>29,30</sup> além de inviabilizar a possibilidade de controle do ganho de peso gestacional e da prescrição de orientações alimentares úteis à promoção da saúde de todo o seio familiar, inclusive, da criança a nascer.



Conforme observado por Líbera et al.,<sup>10</sup> o período gravídico, mesmo permeado por crenças que podem comprometer a saúde materno-fetal, também é marcado por maior preocupação da mulher com comportamentos que podem influenciar negativamente a saúde do feto. Entretanto, ao analisar as vivências relacionadas à atenção nutricional, este estudo verificou a descontinuidade dessa assistência e a não adesão à mesma por algumas participantes.

Nessa perspectiva, cabe ressaltar que a equipe multiprofissional, por meio da atuação como sentinelas na vigilância alimentar e nutricional, pode detectar precocemente as gestantes com excesso de peso, bem como, práticas alimentares inseguras. Destaca-se, ainda, a importância do referenciamento oportuno à assistência nutricional sempre que necessário, com vistas à construção de vínculo e prescrição de terapia nutricional condizente com aspectos econômicos e socioculturais da gestante, representando uma alternativa para maior adesão e continuidade da atenção para além do período gravídico. Portanto, faz-se necessário qualificar as equipes de saúde para a oferta de um atendimento integral no âmbito da alimentação e nutrição.

Assim, a educação permanente da equipe de saúde representa um caminho factível para que os profissionais possam planejar e desenvolver, de forma qualificada, a atenção nutricional pré-natal.

## CONCLUSÃO

As narrativas das mulheres que participaram deste estudo evidenciaram a força de constructos do modelo biomédico presentes na atenção pré-natal, como o discurso verticalizado e frequentemente autoritário do profissional de saúde, e a anulação da mulher como sujeito ativo na construção do cuidado.

Há que se ressaltar que a naturalização do excesso de peso gestacional, o “comer por dois” e “os desejos” durante a gestação, construídos socialmente, merecem reflexão e diálogo respeitoso entre equipes-gestantes. Além disso, o conjunto das práticas alimentares e o suporte familiar/comunitário precisam ser considerados elementos relevantes para a organização da atenção nutricional, conforme orientado pela Política Nacional de Alimentação e Nutrição.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. 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. 1ª. ed. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde; 2013. 318p.
2. Melere C, Hoffmann JF, Nunes MAA, Drehmer M, Buss C, Ozcariz SGI, Soares RM, Manzolli PP, Duncan BB, Camey AS. Índice de alimentação saudável para gestantes: adaptação para uso em gestantes brasileiras. *Rev Saude Pub* 2013; 47(1): 20-8. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102013000100004>
3. Nast M, Oliveira A, Rauber F, Vitolo MR. Ganho de peso excessivo na gestação é fator de risco para o excesso de peso em mulheres. *Rev Bras Ginec Obstetr* 2013; 35(12): 536-40. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032013001200002>
4. Cotta RMM, Reis RS, Rodrigues JF, Campos ACM, Costa GD, Sant'Ana LFR, Castro FAF. Aspectos relacionados aos hábitos e práticas alimentares de gestantes e mães de crianças menores de dois anos de idade: o Programa da Saúde da Família em pauta. *Rev Mundo Saude* 2009; 33(3):294-302.
5. World Health Organization. WHO. Obesity and overweight. [Acessado em: 5 nov. 2017]. Disponível em: <http://www.who.int/features/factfiles/obesity/en/>.
6. Drehmer M, Camey S, Schmidt MI, Olinto MTA, Giacomello A, Buss C, Melere C, Hoffmann J, Manzolli P, Soares RM, Ozcariz S, Nunes MAA. Fatores socioeconômicos, demográficos e nutricionais associados com ganho de peso gestacional em unidades básicas de saúde no Sul do Brasil. *Cad Saude Pub* 2010; 26(5):1024-1034. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000500024>

7. Costa GD, Cotta RMM, Reis JR, Siqueira-Batista R, Gomes AP, Franceschini SCC. Avaliação do cuidado à saúde da gestante no contexto do Programa Saúde da Família. *Ciênc Saúde Coletiva*: Rio de Janeiro 2009; 14(Supl. 1): 1347-1357. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000800007>
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. [Acesso em: 5 nov. 2017]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html).
9. Niquini RP, Bittencourt AS, Lacerda EMA, Saunders 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. *Cienc Saude Colet* 2012; 17(10):2805-2816.
10. Líbera BD, Saunders C, Santos MMAS, Rimes KA, Brito FRSS, Baião MR. Avaliação da assistência pré-natal na perspectiva de puérperas e profissionais de saúde. *Cienc Saude Colet* 2011; 16(12):4855-4864.
11. Poulain, JP. *Sociologia da obesidade*. São Paulo: Editora Senac São Paulo; 2013.
12. Oliveira, DC. *Sociologia da obesidade*. *Ciênc. saúde coletiva*: Rio de Janeiro, Fev 2017; 22 (2): 661-662. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017222.24932015>
13. Bardin L. *Análise de conteúdo*. 4ª edição. Petrópolis: Vozes; 2009.
14. Minayo, MC de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo-Rio de Janeiro, Hucitec-Abrasco; 1992.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas da população residente no Brasil e unidades da federação [acesso em: 05 Set. 2017]. Disponível em: [ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas\\_de\\_Populacao/Estimativas\\_2017/estimativa\\_dou\\_2017.pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2017/estimativa_dou_2017.pdf).
16. Tavares AF, Cautiero GMS, Franco MCV. *Relatos e personagens na história de Macaé*. Macaé: Solar dos Mellos; 2014.
17. Morse JM. *Critical issues in qualitative research methods*. Thousand Oaks: Sage; 1994.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Contém as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 2012. [acesso em: 12 Out.2017]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
19. Baião MR, Deslandes SF. Alimentação na gestação e puerpério. *Rev Nutr* 2006; 19(2):245-253. <https://doi.org/10.1590/S1415-52732006000200011>
20. Canesqui AM, Garcia RWD. *Antropologia e Nutrição: um diálogo possível*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. 306 p.
21. Dunker KLL, Alvarenga MS, Alves VPO. Transtornos alimentares e gestação – uma revisão. *Jornal Bras Psiqui* 2009; 58(1):60-8. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852009000100010>
22. Junges CF, Ressel LB, Monticelli M. Entre desejos e possibilidades: práticas alimentares de gestantes em uma comunidade urbana no sul do Brasil. *Florianópolis: Texto Cont Enfer* 2014; 23(2):382-90. <https://doi.org/10.1590/0104-07072014000210013>
23. Oliveira DR, Gomes PR, Bando AMN, Gonçalves SR. Crenças alimentares no aleitamento materno. Um estudo entre gestantes e nutrizes atendidas em uma maternidade pública no município de São Paulo. *Arquiv Bras Cienc Saude* 2011; 36(2):67-71.
24. Baião MR, Deslandes SF. Gravidez e comportamento alimentar em gestantes de uma comunidade urbana de baixa renda no município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Pub* 2008; 24(11):2633-2642. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008001100018>
25. Hedrich A, Novello D, Ruviano L, Alves J, Quintiliano DA. Perfil alimentar, estado nutricional, de saúde e condições sócio- econômicas de gestantes assistidas por centros de saúde do município de Guarapuava- PR. *Rev Salus Guarap- PR*2007; 1(2):139-146.
26. Sato APS, Fujimori E, Szarfarc SC, Borges ALV, Tsunehiro MA. Consumo alimentar e ingestão de ferro de gestantes e mulheres em idade reprodutiva. *Rev Lat-Am Enferm* 2010; 18(2): [09 telas].
27. Oliveira TC, Czeresnia, D, Vargas EP. Concepções sobre práticas alimentares em mulheres de camadas populares no Rio de Janeiro, RJ, Brasil: transformações e ressignificações. *Interf* 2018; 22(65):5-8. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0807>
28. Santos MMAS, Saunders C, Baião MRA. Relação interpessoal entre profissionais de saúde e adolescente gestante: distanciamentos e aproximações de uma prática integral e humanizada. *Cienc Saude Colet* 2012; 17(3):775-786. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300025>
29. Leddy AM, Power ML, Schulkin J. The impact of maternal obesity on maternal and fetal health. *Rev Obstet Gynec* 2008;1(4):170-178.
30. Sato APS, Fujimori E. Estado nutricional e ganho de peso de gestantes. *Rev Latin-Am Enferm* 2012;20(3): [07 telas].

### **Colaboradores**

Pires CC e Baião MR trabalharam em todas as etapas, desde a concepção do estudo até a revisão da versão final do artigo. Capelli JCS, Rodrigues ML e Santos MMAS participaram da discussão dos resultados, redação e revisão crítica do artigo. Todos os autores aprovaram a versão final do artigo.

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

---

Recebido: 02 de março de 2019

Aceito: 29 de janeiro de 2020