

**ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL NO PRÉ-NATAL SEGUNDO ESTADO  
NUTRICIONAL ANTROPOMÉTRICO: ESTUDO COM GESTANTES  
ATENDIDAS EM UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

*Simone Andrade Barreto<sup>a</sup>*

*Djanilson Barbosa dos Santos<sup>a</sup>*

*Franklin Demétrio<sup>a</sup>*

**Resumo**

Identificar e descrever o recebimento de orientação nutricional no pré-natal segundo estado nutricional antropométrico de gestantes atendidas em Unidades de Saúde da Família (USF) de um município do Recôncavo da Bahia, Nordeste do Brasil. Estudo transversal realizado no período de maio a agosto de 2011, em 16 USF do município de Santo Antônio de Jesus, Bahia. Foram entrevistadas 284 gestantes acompanhadas no pré-natal. Para a coleta de dados, utilizou-se questionário estruturado e previamente testado. Adotou-se a proporção na análise descritiva dos dados e o teste do  $\chi^2$  para analisar a diferença de proporção entre os grupos investigados. O recebimento de orientação nutricional foi referido por 79,6% das gestantes. Em relação ao profissional de saúde que realizou a orientação, 74,3% afirmaram que foram orientadas por enfermeiro, 8,5% por nutricionista, 5,3% por médico e 2,8% por outros profissionais. Quanto ao conteúdo das orientações, 77,4% referiram o recebimento de orientações sobre a ingestão hídrica, 75,5% sobre o consumo de sal, 70,7% sobre a ingestão de frutas e legumes, 65,0% sobre o consumo de feijão e 51,8% sobre o consumo de fígado. Das gestantes com estado nutricional antropométrico de baixo peso, 91,1% receberam orientação nutricional no pré-natal; dentre aquelas com eutrofia e obesidade, 79,1 e 79,2%, respectivamente, referiram o recebimento de orientação. Essa proporção diferiu significativamente entre as gestantes segundo o estado nutricional antropométrico de baixo peso ( $p=0,025$ ). Os resultados deste estudo mostraram que a maioria das gestantes recebeu orientação nutricional no pré-natal, com diferença estatisticamente significativa para o estado nutricional antropométrico de baixo peso. Em que pesem esses resultados, faz-se necessária a

---

<sup>a</sup>Centro de Ciências da Saúde; Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB – Santo Antônio de Jesus (BA), Brasil.

**Endereço para correspondência:** Franklin Demétrio – Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – Avenida Carlos Amaral, 1.015 – Cajueiro – CEP: 44570-000 – Santo Antônio de Jesus (BA), Brasil – E-mail: [fdemetrio@ufrb.edu.br](mailto:fdemetrio@ufrb.edu.br); [franklindemetrio@yahoo.com.br](mailto:franklindemetrio@yahoo.com.br)

ampliação da assistência nutricional na Estratégia Saúde da Família com vistas à construção de trabalho multidisciplinar e integral na atenção primária à saúde materno-infantil.

**Palavras-chave:** Nutrição Pré-Natal. Gestantes. Saúde da Mulher. Educação Alimentar e Nutricional. Cuidado Pré-Natal. Estratégia Saúde da Família.

NUTRITIONAL GUIDANCE IN PRENATAL CARE ACCORDING TO ANTHROPOMETRIC  
NUTRITIONAL STATUS: A STUDY WITH PREGNANT WOMEN UNDER THE CARE OF  
FAMILY HEALTH PROGRAM UNITS

**Abstract**

To identify and describe the receiving of nutritional guidance in prenatal care, according to anthropometric nutritional status of pregnant women under the care of Family Health Program Units (FHPU) in a municipality of Recôncavo da Bahia, Northeastern Brazil. Cross-sectional study performed from May to August 2011 in 16 FHPU in the municipality of Santo Antônio de Jesus, Bahia, in which 284 pregnant women receiving prenatal care were interviewed. A structured questionnaire previously tested was used to collect data. Proportion was adopted for the descriptive analysis of the data while the  $\chi^2$  test was employed to analyze the proportion difference between studied groups. The receiving of nutritional guidance was reported by 79.6% of pregnant women. Regarding the professional responsible for their guidance, 74.3% of the women reported being instructed by a nurse; 8.5%, by a nutritionist (dietitian); 5.3%, by a physician; and 2.8%, by other professionals. Regarding the content of the guidelines, 77.4% of the women reported having received water intake guidance; 75.5%, salt intake guidance; 70.7%, fruit and vegetable intake guidance; 65.0%, beans intake guidance and 51.8% reported having received liver intake guidance; 91.1% of the pregnant women of underweight nutritional status received nutritional guidance during prenatal care and 79.1 and 79.2% of them in normal and obese body mass indices, respectively, stated having received guidance. Such proportion differed significantly among pregnant women pertaining to the underweight nutritional status ( $p=0.025$ ). The results demonstrate that most pregnant women received nutritional guidance during prenatal care, showing a statistically significant difference for the low-birth-weight anthropometric nutritional status group. In spite of such results, the expansion of nutritional care in the Family Health Strategy remains a necessity in order to consolidate a multidisciplinary and more comprehensive approach in the mother-infant primary health care.

**Keywords:** Prenatal Nutrition. Pregnant Women. Women's Health. Food and Nutrition Education. Prenatal Care. Family Health Strategy.

ORIENTACIÓN NUTRICIONAL EN PRENATAL SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL  
ANTROPOMÉTRICO: ESTUDIO CON GESTANTES ATENDIDAS EN UNIDADES  
DE SALUD DE LA FAMILIA

**Resumen**

Identificar y describir el recibimiento de orientación nutricional durante prenatal según el estado nutricional antropométrico de gestantes atendidas en Unidades de Salud de la Familia (USF) de un municipio del Recôncavo da Bahía, Noreste de Brasil. Estudio transversal realizado entre mayo y agosto de 2011 en 16 USF del municipio de Santo Antônio de Jesus, Bahia. Se entrevistó a 284 gestantes atendidas en el prenatal. Para recopilar los datos, se utilizó cuestionario estructurado y previamente probado. Se adoptó la proporción en el análisis descriptivo de los datos y el test del  $\chi^2$  para analizar la diferencia en la proporción entre los grupos investigados. El recibimiento de orientación nutricional fue reportado por el 79,6% de las gestantes. Al considerar el profesional que llevó a cabo la orientación, 74,3% de ellas afirmó que fue instruida por un enfermero, 8,5% por un nutricionista, 5,3% por un doctor y 2,8% por otros profesionales. En cuanto al contenido de las orientaciones, el 77,4% reportó haber recibido orientaciones sobre el consumo de líquidos, el 75,5% sobre el consumo de sal, el 70,7% sobre el consumo de frutas y legumbres, el 65,0% sobre el consumo de frijoles y el 51,8% sobre el consumo de hígado. De las gestantes con estado nutricional de bajo peso, el 91,1% recibió orientación nutricional durante prenatal; entre las personas con eutrofia y obesidad, 79,1 y 79,2%, respectivamente, informaron haber recibido orientación. Esta proporción fue significativamente diferente entre las gestantes según el estado nutricional de bajo peso ( $p=0,025$ ). Los resultados de este estudio mostraron que la mayoría de las gestantes recibió orientación nutricional durante prenatal, con diferencia estadísticamente significativa al estado nutricional antropométrico de bajo peso. Pese a estos resultados la necesidad de ampliación de la atención nutricional en la Estrategia de Salud de la Familia con el fin de construir un trabajo multidisciplinario e integral en la atención primaria a la salud materna e infantil.

**Palabras clave:** Nutrición Prenatal. Gestante. Salud de la Mujer. Educación alimentaria y Nutricional. Cuidado Prenatal. Estrategia Salud de la Familia

**INTRODUÇÃO**

A alimentação adequada é fundamental em qualquer período do ciclo vital para a promoção, manutenção e recuperação da saúde e prevenção de doenças. Na

gestação, ocorrem modificações fisiológicas no organismo da grávida para que seja gerado um ambiente propício ao crescimento e desenvolvimento do feto. Por sua vez, os níveis de nutrientes nos tecidos e fluidos maternos estão alterados e as demandas nutricionais da grávida estão aumentadas. Desse modo, ajustes nutricionais são necessários nesse período para favorecer o crescimento e desenvolvimento fetal, bem como o desfecho gestacional satisfatório.<sup>1,2</sup>

A gestação é uma fase na qual a mulher se torna mais sensível e a interação com os serviços de saúde é imprescindível. Essa interação deve se pautar na perspectiva de promoção e educação em saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de problemas.<sup>3</sup>

No Brasil, a proteção à saúde materno-infantil como política governamental tem início na década de 1920, desenvolvendo-se nos períodos subsequentes. Destaca-se, nessa evolução histórica, a formulação do Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI) em 1975, primeiro programa de atenção destinado a esse grupo e, posteriormente, foi criado, em 1983, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), com o objetivo de contemplar a mulher em todo o ciclo vital.<sup>4</sup>

Em 1986, a assistência pré-natal foi normatizada por meio do Manual de Assistência Pré-Natal proposto pelo Ministério da Saúde. Em 2000, a assistência pré-natal de baixo risco foi incluída na Estratégia da Saúde da Família (ESF).<sup>5</sup> Paralelamente a isso, o Ministério da Saúde começou a implantar ações no Brasil, que, em conjunto, constituiriam o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN).<sup>4,6</sup>

O acompanhamento pré-natal de baixo risco tem como um dos seus componentes a assistência nutricional à gestante, cujos objetivos são monitorar e cuidar das intercorrências da gestação (hipertensão arterial, diabetes gestacional, entre outras), prevenir, diagnosticar e tratar a anemia, identificar o estado nutricional antropométrico pré-gestacional e favorecer ganho ponderal gestacional adequado.<sup>7</sup>

É válido destacar que a gestação é um período de tempo relativamente longo, possibilitando a realização de um processo educativo em saúde e nutrição que vise à modificação comportamental da mulher grávida, no sentido de que ela adquira hábitos alimentares e estilos de vida saudáveis. Esse processo educativo não deve se voltar somente à aquisição de conhecimentos sobre nutrição da gestante, mas, efetivamente, deve orientá-la na escolha e adoção de comportamentos que repercutam positivamente no estado de saúde e nutrição materno-fetal.<sup>8</sup>

Nesse sentido, os profissionais da saúde, que trabalham no contexto da assistência pré-natal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), podem assumir papel

importante na orientação e incentivo às gestantes quanto à adoção de hábitos alimentares e estilos de vida saudáveis, assim como na identificação de gestantes em risco nutricional por meio da avaliação do seu estado nutricional antropométrico.<sup>1</sup>

No Brasil, tem-se observado crescente aumento do número de consultas de pré-natal por mulheres que realizam o parto no SUS.<sup>3,6</sup> Embora tenha havido ampliação da cobertura pré-natal no Brasil, ainda existe um comprometimento na qualidade dessa atenção. Por conseguinte, cabe explicitar que os indicadores de saúde relacionados ao grupo materno-infantil evidenciam altas prevalências de uma série de agravos resultantes de causas evitáveis, refletindo, sobretudo, a carência de assistência nutricional no pré-natal.<sup>6</sup>

Recentemente, o governo brasileiro incluiu o desenvolvimento de políticas e dispositivos em alimentação e nutrição no plano de ações estratégicas do Ministério da Saúde<sup>9</sup> para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no período de 2011–2022. Acredita-se que, para isso, torne-se necessária também a promoção da alimentação e estilo de vida saudáveis da gestante como um dos objetivos prioritários da agenda nacional de saúde e nutrição, tendo em vista o reconhecimento científico de que a nutrição adequada do binômio materno-fetal pode reduzir o desenvolvimento de DCNT ainda na fase de vida intrauterina.<sup>10,11</sup>

A despeito disso, a expressiva quantidade de mulheres com desvio ponderal pré-gestacional e/ou ganho de peso excessivo ou insuficiente na gestação, bem como com anemia, deficiência de vitamina A, consumo inadequado de nutrientes, síndromes hipertensivas, diabetes, podendo gerar recém-nascidos macrossômicos ou de baixo peso, reforça a importância da realização da orientação nutricional nas consultas de acompanhamento pré-natal, visando ao adequado estado nutricional antropométrico e minimização dos riscos de intercorrências no grupo materno-fetal. Desse modo, o fornecimento de orientação nutricional adequada no pré-natal pode contribuir significativamente para a melhoria da situação de saúde e nutrição desse grupo.<sup>12</sup>

Considerando a relevância da realização de orientação nutricional na atenção pré-natal e a escassez de estudos sobre essa temática, o presente estudo objetivou identificar e descrever o recebimento de orientação nutricional no pré-natal segundo estado nutricional antropométrico de gestantes atendidas em Unidades de Saúde da Família (USF) de um município do Recôncavo da Bahia, Nordeste do Brasil.

## MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo faz parte de um projeto maior 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 (BA), com o apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB), processo número 737478/2010. Trata-se de estudo transversal realizado no período de maio a agosto de 2011. O interesse em identificar o recebimento de orientação nutricional no pré-natal de USF do município de Santo Antônio de Jesus surgiu com o intuito de conhecer a assistência nutricional à gestante do serviço de saúde da atenção primária, a fim de subsidiar melhorias e promover o adequado estado de nutrição e saúde das gestantes acompanhadas nessas unidades.

O município de Santo Antônio de Jesus está localizado na região do Recôncavo Sul do Estado da Bahia, nordeste do Brasil, às margens da BR 101, a 187 km da capital do Estado, Salvador. Conforme o Censo de 2010, a população total é de 86.982 habitantes.<sup>13</sup> O município conta com 21 USF distribuídas socioespacialmente entre a área urbana e rural e é considerado o maior polo econômico e comercial da região do Recôncavo.

Na amostragem do presente estudo, foram selecionadas 16 USF. Utilizou-se como critério de inclusão, as USF próximas ao centro comercial do município. As USF localizadas em bairros distantes e de difícil acesso ou na zona rural não foram incluídas no estudo por questões logísticas.

Foi realizada, inicialmente, uma visita em cada unidade para apresentação da pesquisa e entrega da carta de autorização para a realização do estudo dispensada pela Secretaria Municipal de Saúde. Assim, foi solicitada a quantidade e os nomes das gestantes cadastradas em cada unidade, o que proporcionou o controle interno na identificação das mulheres gestantes a serem entrevistadas, bem como a verificação do agendamento da consulta de pré-natal para aquelas que ainda não tinham sido encontradas no serviço.

Foram identificadas 387 gestantes em acompanhamento nas 16 unidades cadastradas no programa de atenção pré-natal. Destas, 312 foram entrevistadas após aceitarem o convite para participação e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As demais não participaram do estudo por terem parido ou porque recusaram responder ao questionário. Optou-se por excluir as gestantes adolescentes, pois, dadas às suas especificidades, essa faixa etária não consistiu em foco deste estudo.<sup>6</sup> Assim, a amostra final perfaz um total de 284 gestantes na faixa etária entre 19 e 46 anos.

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi um questionário estruturado previamente validado por Niquini,<sup>12</sup> recortando-se o segmento específico para obtenção das informações nutricionais. Foram realizadas algumas adaptações nesse instrumento para atender, ao mesmo tempo, aos propósitos e à validade deste estudo. As variáveis relacionadas à caracterização sociodemográfica, nutricional, de estilo de vida e obstétrica da grávida são: idade, raça/cor, grau de escolaridade, situação conjugal, renda mensal, índice de massa corporal (IMC) pré-gestacional, tabagismo, etilismo, trimestre gestacional (TG) no início do pré-natal e trimestre gestacional no momento da entrevista. Essas variáveis foram obtidas por meio de questionário semiestruturado previamente testado e padronizado.

A identificação do recebimento de orientação nutricional no pré-natal foi obtida com as seguintes variáveis: recebimento de orientação nutricional de acordo com o estado nutricional antropométrico da gestante; profissional que forneceu a orientação nutricional; a maneira pela qual foi realizada a orientação; conteúdo das orientações recebidas. Tais variáveis também compuseram parte dos itens investigados no questionário semiestruturado elaborado para esta pesquisa.

As informações de altura, peso atual, peso pré-gestacional (PPG) e data da última menstruação (DUM) foram obtidas do cartão da gestante. Realizou-se o cálculo das semanas e do trimestre gestacional, respectivamente, de acordo com a data da realização da entrevista, utilizando-se o disco obstétrico. Adotaram-se os pontos de corte do IMC do *Institute of Medicine* (IOM)<sup>14</sup> para a classificação do estado nutricional antropométrico pré-gestacional das grávidas.

Os dados foram coletados por uma equipe de estudantes universitários, graduandos dos cursos de nutrição e enfermagem, previamente treinados. O questionário da pesquisa, após o preenchimento, passou por duas etapas de revisão realizadas pelos próprios entrevistadores e pelos supervisores, respectivamente. A digitação dos dados foi feita no programa Epi Info 6.04 e utilizou-se o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 11 para realização das análises estatísticas. Adotaram-se a proporção na análise descritiva dos dados e o teste do  $\chi^2$  de Pearson na análise estratificada.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade Adventista de Fisioterapia da Bahia, com parecer nº 050/10.

## **RESULTADOS**

A caracterização sociodemográfica, nutricional, de estilo de vida e obstétrica das gestantes estão apresentadas na Tabela 1. A média de idade entre as gestantes foi de 27 anos (desvio padrão – DP=5,3). Observou-se que a maioria das gestantes (90,5%) se encontrava

**Tabela 1** – Caracterização sociodemográfica, nutricional, de estilo de vida e obstétrica das gestantes. Santo Antônio de Jesus, Bahia, 2011

Variáveis	n	%
Idade		
19–34	256	90,5
≥35	27	9,5
Raça/cor		
Preta	242	85,1
Não preta	42	14,9
Escolaridade (anos)		
Até 7	65	22,9
8 ou mais	204	77,1
Situação conjugal		
Sem companheiro	54	19,8
Com companheiro	228	80,2
Renda (salários mínimos)		
≤1	149	52,5
2–4	132	46,4
≥5	3	1,1
Peso (kg)*		
≤45	13	4,6
46–75	235	82,8
≥75	35	12,3
Altura (cm)*		
<145	3	1,0
≥145	258	89,6
Tabagismo		
Nunca fumou	258	90,8
Ex-fumante	23	8,1
Fumante	3	1,1
Etilismo		
Sim	158	55,6
Não	126	44,4
IMC pré-gestacional*		
Baixo peso	27	9,5
Eutrofia	146	51,4
Sobrepeso	67	23,6
Obesidade	21	7,4
Paridade		
Primigesta	131	46,1
Multigesta	152	53,5
Trimestre gestacional na 1ª consulta do pré-natal		
I	211	74,2
II	66	23,2
III	6	2,1
Trimestre gestacional no momento da entrevista		
I	30	10,6
II	124	43,7
III	130	45,8

\*Dados faltantes.

IMC: índice de massa corporal.

na faixa etária de 19 a 34 anos; 85,1% se autodeclararam pretas; a maior parte concluiu o ensino médio (77,1%) e residia com companheiro (80,2%); mais da metade das gestantes (52,5%) declarou possuir renda menor ou igual a um salário mínimo; 90,8% não fumavam, enquanto que 55,6% faziam uso de bebida alcoólica. Quanto à caracterização obstétrica, identificou-se que a maioria das gestantes (74,2%) iniciou o acompanhamento pré-natal no primeiro trimestre gestacional. Do total de gestantes, a maioria era multigesta (53,5%).

Os achados da avaliação do estado nutricional antropométrico pré-gravídico mostraram que 40,5% das gestantes apresentavam desvio ponderal (baixo peso, sobrepeso ou obesidade). Identificou-se apenas 1,0% de gestantes com estatura inferior a 145 cm e 4,6% com peso inferior a 45 kg; 12,3% das gestantes apresentaram peso pré-gestacional maior que 75 kg.

Em relação à distribuição do estado nutricional antropométrico das gestantes segundo o TG, observou-se que o baixo peso foi mais frequente no segundo (19,4%) e terceiro (19,3%) TG. Para a eutrofia, a frequência foi maior no segundo TG (50%). Já a ocorrência de sobrepeso preponderou no primeiro TG (45,8%), enquanto que a obesidade foi maior no terceiro TG (12,3%) (Tabela 2).

Os resultados sobre a orientação nutricional recebida durante o acompanhamento pré-natal estão expressos na Tabela 3. O recebimento de orientação nutricional foi referido por 79,6% das gestantes, das quais 84,9% afirmaram ter recebido alguma orientação nutricional durante a consulta de pré-natal e apenas 15,1% atestaram o recebimento de orientação nutricional por escrito/impressa. Ao considerar o profissional que realizou a orientação, a maioria (74,3%) afirmou que foi orientada por enfermeiro, 8,5% por nutricionista, 5,3% por médico e 2,8% disseram ter sido orientadas por outros profissionais.

Do total de gestantes, 77,4% declararam ter recebido orientações sobre a importância da ingestão hídrica, 75,5% sobre o consumo de sal e 70,7%, de frutas e legumes. Em relação aos alimentos fonte de ferro, 65,0% das gestantes relataram que foram orientadas quanto ao consumo de feijão, seguido pelo consumo

**Tabela 2** – Distribuição do estado nutricional antropométrico das gestantes de acordo com o trimestre de gravidez. Santo Antônio de Jesus, Bahia, 2011

Trimestre gestacional	Baixo peso		Eutrofia		Sobrepeso		Obesidade	
	n	%	n	%	n	%	n	%
I	3	12,5	9	37,5	11	45,8	1	4,2
II	21	19,4	54	50,0	24	22,2	9	8,3
III	22	19,3	52	45,6	26	22,8	14	12,3

de fígado (51,8%). Quanto aos leites e derivados, 52,6% informaram recebimento de orientação sobre a ingestão desses alimentos e 58,3% receberam orientações sobre a importância de estar fracionando as refeições com uma média de 5 a 6 refeições diárias (dados não tabulados).

Na Tabela 4, é apresentada a proporção de recebimento de orientação nutricional de acordo com o estado antropométrico gestacional. Do total de gestantes com estado antropométrico de baixo peso, 91,3% disseram ter recebido orientação nutricional em alguma consulta de pré-natal; dentre aquelas classificadas com eutrofia e obesidade, 79,1 e 79,2%, respectivamente, afirmaram ter recebido alguma orientação nutricional no pré-natal. A menor proporção de gestantes que informou ter recebido orientação nutricional no pré-natal ficou entre aquelas classificadas com sobrepeso. Observou-se uma diferença estatisticamente significativa para as gestantes com estado antropométrico de baixo peso ( $p=0,025$ ).

**Tabela 3** – Caracterização da orientação nutricional no pré-natal. Santo Antônio de Jesus, Bahia, 2011

Variáveis	n	%
Recebeu orientação nutricional		
Sim	226	79,6
Não	58	20,4
Como foi realizada a orientação		
Na consulta	241	84,9
Em grupo	15	5,3
De outra maneira	4	1,4
Não recebeu orientação	24	8,4
Recebeu orientação por escrito*		
Sim	44	15,5
Não	236	83,1

\*Dados faltantes.

**Tabela 4** – Recebimento de orientação nutricional no pré-natal de acordo com o estado nutricional antropométrico gestacional. Santo Antônio de Jesus, Bahia, 2011

Variável	Recebimento de orientação nutricional no pré-natal			
	Sim		Não	
Estado antropométrico	n	%	n	%
Baixo peso*	42	91,3	4	8,7
Eutrofia	91	79,1	24	20,9
Sobrepeso	43	70,5	18	29,5
Obesidade	19	79,2	5	20,8

\* $p<0,05$ .

## DISCUSSÃO

Este é o primeiro estudo a identificar e descrever o recebimento de orientação nutricional na atenção pré-natal no Estado da Bahia. Os resultados desta investigação revelaram que uma parcela expressiva das gestantes (79,6%) afirmou ter recebido orientação nutricional no pré-natal. Esse resultado, quando comparado com outros estudos, apresentou-se maior do que o encontrado em investigação realizada por Niquini<sup>12</sup> e menor do que aqueles identificados por Santos et al.<sup>15</sup> e Andreto.<sup>16</sup> Tais diferenças podem ser devidas à persistência de problemas relacionados à qualidade da assistência oferecida à gestante, em especial a nutricional, ainda que tenha ocorrido um processo de ampliação da cobertura da atenção pré-natal e reformas no setor saúde, a exemplo da criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Ressalta-se que a adequada orientação nutricional fornecida durante o pré-natal é indispensável à saúde e à nutrição satisfatória das gestantes, pois pode contribuir de forma direta na redução dos riscos associados à desnutrição e à obesidade, além de evitar o ganho ponderal gestacional inadequado e auxiliar nas escolhas alimentares e adoção de estilos de vida saudáveis. Dessa maneira, a realização da orientação nutricional no pré-natal deve levar em consideração a prevenção, diagnóstico e tratamento do ganho de peso inadequado, bem como das intercorrências que podem ocorrer na gestação, a exemplo das síndromes hipertensivas e diabetes gestacional.<sup>6</sup>

Dentre os profissionais que realizaram a orientação nutricional no pré-natal, destacou-se a figura do enfermeiro, também evidenciado no estudo de Niquini<sup>12</sup> e Niquini et al.<sup>17</sup> Salienta-se que nas USF pesquisadas a maioria dos acompanhamentos pré-natais era realizada por enfermeiros, uma vez que estas não contavam com a presença de nutricionistas na equipe mínima da Estratégia Saúde da Família (ESF). Isso explica o fato de as orientações nutricionais às gestantes serem realizadas por profissionais enfermeiros.

Contudo, nota-se uma tendência à mudança desse panorama com a criação do NASF, o qual tem incluído o apoio de profissionais de diferentes áreas do conhecimento, entre eles, o nutricionista. Ressalta-se que pelo fato de não ser obrigatória a inserção do nutricionista na composição das equipes do NASF, não há garantia quanto à sua presença nessas equipes. Esse fato pode ser preocupante, uma vez que gestantes, entre outros usuários da atenção primária à saúde, não se beneficiam do cuidado integral, incluindo o nutricional. Ao mesmo tempo, a associação cientificamente reconhecida da alimentação adequada com a saúde de indivíduos, bem como com desfechos gestacionais satisfatórios, entre outros benefícios, reforça a importância da participação do nutricionista na equipe mínima da ESF e no NASF.<sup>18,19</sup>

Geus et al.<sup>18</sup> e Assis et al.<sup>19</sup> advogam que o nutricionista está plenamente habilitado para atuar na ESF. Primeiro, porque a ausência do nutricionista na ESF confronta-se com o princípio da integralidade das ações de saúde e nutrição previstas pelo SUS. E, segundo, porque esse profissional adquire competência em sua formação acadêmica, instrumentalizando-se a realizar o diagnóstico nutricional de populações, tornando-se, dessa maneira, o único profissional com conhecimentos específicos que lhe permite, a partir de diagnóstico e de observação dos valores socioculturais, propor intervenções nutricionais adequadas que levem em consideração os hábitos alimentares, o contexto humano, as condições econômicas dos grupos e a disponibilidade de alimentos, com vistas à promoção da saúde.<sup>18,19</sup>

Não obstante, os nutricionistas também precisam se engajar politicamente na busca por maior espaço e participação no Sistema Único de Saúde brasileiro, principalmente, no que se refere à atenção primária à saúde, no qual a inserção desse profissional ainda é incipiente.<sup>20</sup>

Na presente investigação, o recebimento de orientação nutricional por escrito foi referido por uma pequena parcela das gestantes entrevistadas. Esse resultado pode estar subestimado, pois algumas gestantes que cursavam com gravidez de risco eram encaminhadas para a policlínica do município, a qual oferecia acompanhamento pré-natal com outros profissionais, incluindo o nutricionista, aumentando, assim, a possibilidade de recebimento de orientação por escrito, durante a consulta. Ressalta-se a relevância do fornecimento profissional de orientações nutricionais por escrito como ferramenta-guia, neste caso, às gestantes, no seu processo de reeducação alimentar.

Em relação às orientações nutricionais recebidas pelas gestantes deste estudo, observa-se uma generalização das mesmas, com conteúdo voltado apenas para o atendimento de necessidades nutricionais gerais da gestação, representado pela indicação do consumo de alimentos fontes de ferro, sódio, cálcio, água, vitaminas e minerais. Em que pese a importância dessas orientações à gestação saudável, a mesma não deve estar guiada apenas pelo horizonte nutricional generalista. É necessária a avaliação nutricional específica para a realização de atenção à nutrição e elaboração de orientações nutricionais adequadas à cada gestante, considerando-se os seus distintos contextos clínico e de vida.

Os resultados deste estudo revelaram que a proporção de gestantes com estado antropométrico de baixo peso que recebeu orientação nutricional no pré-natal foi significativamente maior quando comparada àquela de gestantes eutróficas ou que apresentavam sobrepeso ou obesidade. Isso pode ser explicado pelo fato de os profissionais de saúde das USF ainda priorizarem a atenção nutricional às gestantes

de baixo peso, dispensando menor atenção nutricional às gestantes eutróficas ou com excesso de peso (sobrepeso/obesidade).

Acredita-se que esse fato ocorra em decorrência de o foco da atenção à nutrição da gestante no Brasil, historicamente, ter sido direcionado para o controle da desnutrição materna, principalmente da deficiência de vitamina A, ácido fólico e ferro<sup>21</sup> e, conseqüentemente, da prevalência de baixo peso ao nascer e prematuridade, sobretudo nas regiões marcadas pela fome e pela pobreza, a exemplo daquelas do Nordeste. No entanto, o cenário epidemiológico-nutricional das mulheres grávidas mudou, inclusive nestas regiões, com aumento de doenças relacionadas aos modos modernos de viver, sendo, em geral, uma transição da desnutrição para a obesidade. Esse cenário sugere a necessidade de revisão da atenção nutricional no pré-natal, de uma capacitação específica, atualização profissional permanente, trabalho multidisciplinar e intersetorial em saúde.

É relevante mencionar que uma parcela significativa de mulheres deste estudo iniciou a gestação com excesso de peso (31%) e a inadequação do estado antropométrico gestacional foi expressiva em todos os trimestres gestacionais, com predominância de sobrepeso quando comparado ao baixo peso. O fato foi observado mesmo com o recebimento de orientação nutricional no pré-natal. Esse achado reforça a necessária elaboração de orientações nutricionais específicas na gestação.

Cabe comentar que esses resultados, por um lado, corroboram a situação de transição nutricional que vem ocorrendo no Brasil nos diferentes ciclos de vida, representada pela redução da desnutrição e pelo aumento concomitante do sobrepeso/obesidade, que, por sua vez, está associado com o desenvolvimento de intercorrências na gestação, tais como diabetes gestacional e síndrome hipertensiva da gravidez, que podem levar a desfechos gravídicos indesejáveis.<sup>22</sup> E, de outro, refletem o despreparo dos profissionais da equipe mínima da ESF em lidar com aspectos nutricionais, que não são específicas de suas profissões<sup>17</sup> e a sobrecarga de trabalho, em especial dos enfermeiros, os quais não são responsáveis apenas pela atenção à saúde da mulher, mas também pelos programas de saúde do idoso, hipertensão e diabetes, tabagismo, saúde do trabalhador, hanseníase, tuberculose, leishmaniose, núcleo de educação em saúde, saúde na comunidade e doenças sexualmente transmissíveis (DST).<sup>23</sup>

Vítolo et al.,<sup>24</sup> ao realizarem um estudo de intervenção com grávidas de uma unidade de saúde de Porto Alegre (RS), observaram no grupo intervenção que o fornecimento de orientações nutricionais no pré-natal foi eficaz em diminuir o ganho de peso de gestantes com excesso de peso e em reduzir intercorrências clínicas como diabetes gestacional, pré-eclâmpsia, baixo peso e prematuridade.

Os resultados da presente investigação, somados àqueles obtidos por outros estudos,<sup>1,12,15,17,21,24</sup> reforçam a necessidade de constante vigilância e atenção nutricional integral no pré-natal, além da importância da inserção do nutricionista na atenção primária à saúde da gestante.

Assim, a realização da orientação nutricional no acompanhamento pré-natal pode gerar impacto positivo na adequação do estado antropométrico de gestantes com desvio ponderal, repercutindo satisfatoriamente na saúde materno-fetal e na redução das taxas de morbimortalidade perinatal e neonatal. Para isso, é fundamental que as recomendações técnicas sobre a alimentação e estilos de vida saudáveis previstas para a gestante estejam conjugadas aos seus contextos sociais, econômicos e culturais para uma efetiva adesão às orientações nutricionais.<sup>2,19</sup>

Considerando que as políticas de alimentação e nutrição e de segurança alimentar e nutricional têm sido uma prioridade governamental na agenda de saúde, faz-se necessária a reavaliação da atenção primária à nutrição pré-natal dispensada às gestantes, com vistas à ampliação dos serviços de saúde a partir do trabalho multidisciplinar, em direção a uma assistência integral à saúde desse grupo.

É mister destacar que o processo de orientação nutricional no pré-natal deve ser entendido pelos profissionais de saúde como uma das estratégias de intervenção dietética que podem contribuir para a reeducação alimentar da mulher grávida e para desfecho gestacional satisfatório.

Para tanto, é importante evitar o fornecimento excessivo de informações técnicas na orientação nutricional, a fim de assegurar o estabelecimento de vínculo profissional-gestante e a adesão e satisfação das grávidas às propostas nutricionais.<sup>25,26</sup>

Nesse contexto, destaca-se a proposta de pirâmide alimentar adaptada às gestantes eutróficas na faixa etária de 19 a 30 anos, desenvolvida por Demétrio<sup>27</sup> e fundamentada nas diretrizes do guia alimentar para a população brasileira. Trata-se de um instrumento metodológico que pode subsidiar o trabalho dos profissionais de saúde envolvidos na atenção nutricional pré-natal, contribuindo, assim, para a promoção do adequado estado nutricional antropométrico e/ou redução de problemas associados à nutrição inadequada nessa fase da vida.

Destarte, ações e estratégias de promoção, prevenção e intervenção em saúde e nutrição com orientações nutricionais que contribuam para o adequado ganho ponderal gestacional, associadas àquelas previstas na atenção pré-natal, podem repercutir

positivamente na redução da prevalência de obesidade, diabetes e hipertensão arterial na gestação e em outros ciclos vitais em curto e longo prazo.

Este estudo, embora apresente informações epidemiológicas importantes que possam contribuir para a gestão dos serviços de atenção primária à saúde da gestante e subsidiar a assistência nutricional qualificada no pré-natal, possui uma limitação quanto à generalização dos resultados obtidos. Supõe-se que, devido aos critérios de inclusão empregados na seleção das USF, as gestantes das 16 USF selecionadas possam ser mais beneficiadas com o recebimento de orientação nutricional no pré-natal em relação àquelas atendidas nas unidades não incluídas neste estudo.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os resultados deste estudo mostraram que a maioria das gestantes recebeu orientação nutricional no pré-natal, com diferença estatisticamente significativa para o estado nutricional antropométrico de baixo peso. Em que pesem esses resultados para a gestão e planejamento do cuidado pré-natal, faz-se necessária a ampliação da assistência nutricional na ESF com vistas à construção de trabalho multidisciplinar e integral na atenção primária à saúde materno-infantil.

Acredita-se que a realização da orientação nutricional no pré-natal poderá contribuir para a reeducação alimentar e a construção de hábitos alimentares saudáveis pela mulher grávida, favorecendo, assim, melhores desfechos gestacionais. Salienta-se que a sua maior efetividade será alcançada com a integração do saber técnico-nutricional aos hábitos alimentares, à cultura e aos componentes sociais, econômicos e subjetivos envolvidos na alimentação das grávidas.

### **REFERÊNCIAS**

1. Melere C, Hoffmann JF, Nunes MA, Drehmer M, Buss C, Ozcariz SG, et al. Índice de alimentação saudável para gestantes: adaptação para uso em gestantes brasileiras. *Rev Saúde Pública*. 2013;47(1):20-8.
2. Accioly E, Saunders C, Lacerda EMA. *Nutrição em obstetrícia e pediatria*. 2ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012.
3. Mendoza-Sassi RA, Cesar JA, Teixeira TP, Ravache C, Araújo CD, Silva TC. Diferenças no processo de atenção ao pré-natal entre unidades da Estratégia

Saúde da Família e unidades tradicionais em um município da Região Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(4):787-96.

4. Nagahama EEI, Santiago SM. A institucionalização médica do parto no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005;10(3):651-7.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Assistência Pré-natal. 3ª edição. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Programa de humanização do parto: humanização no pré-natal e nascimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
8. Jaime PC, Silva ACF, Lima AMC, Bortolini GA. Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no Governo Brasileiro. *Rev Nutr*. 2011;24(6):809-24.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
10. McMullen S, Langley-Evans SC, Gambling L, Lang C, Swali A, McArdle HJ. A common cause for phenotype: the gate keeper hypothesis in fetal programming. *Med Hypotheses*. 2012; 78(1):88-94.
11. Leandro CG, Amorim MF, Hirabara SM, Curi R, Castro RM. Pode a atividade física materna modular a programação fetal induzida pela nutrição? *Rev Nutr*. 2009;22(4):559-69.
12. 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 (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2010.
13. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Estabelecimento de Saúde do Município de Santo Antônio de Jesus. Extraído de [[http://cnes.datasus.gov.br/Lista\\_Es\\_Municipio.asp?VEstado=29&VCodMunicipio=292870&NomeEstado=BAHIA](http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp?VEstado=29&VCodMunicipio=292870&NomeEstado=BAHIA)], acesso em [2 de janeiro de 2012].
14. Institute of Medicine. National Research Council. Weight gain during pregnancy: reexamining the guidelines. Washington, DC: The National Academies Press; 2009.
15. 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;14:689-94.

16. Andreto LM. Avaliação do ganho ponderal excessivo em gestantes atendidas no pré-natal do CAM / IMIP, Recife – PE [Dissertação]. Recife (PE): Instituto Materno Infantil de Pernambuco; 2004.
17. 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. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(10):2805-16.
18. Geus LMM, Maciel CS, Burda ICA, Daros SJ, Batistel S, Martins TCA, et al. A importância na inserção do nutricionista na Estratégia de Saúde da Família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(Suppl. 1):797-804.
19. Assis AMO, Santos SMC, Freitas MCS, Santos JM, Silva MCM. O programa Saúde da Família: contribuições para uma reflexão sobre a inserção do nutricionista na equipe multidisciplinar. *Rev Nutr*. 2002;15(3):255-66.
20. Pádua JG, Boog MCF. Avaliação da inserção do nutricionista na Rede Básica de Saúde dos municípios da Região Metropolitana de Campinas. *Rev Nutr*. 2006;19(4):413-24.
21. Fazio ES, Nomura RMY, Dias MCG, Zugaib M. Consumo dietético de gestantes e ganho ponderal materno após aconselhamento nutricional. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2011;33(2):87-92.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
23. Cunha MA, Mamede MV, Dotto LMG, Araruna RC. Assistência pré-natal por profissionais de enfermagem no município de Rio Branco, Acre, Amazônia. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2012;36(1):174-90.
24. Vítolo 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):13-9.
25. 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):743-63.
26. Líbera BD, Saunders C, Santos MM, Rimes KA, Brito FR, Baião MR. Avaliação da assistência pré-natal na perspectiva de puérperas e profissionais de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(12):4855-64.
27. Demétrio F. Pirâmide alimentar para gestantes eutróficas de 19 a 30 anos. *Rev Nutr*. 2010;23(5):763-778.

Recebido em 30.05.2013 e aprovado em 02.06.2014.