UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

INSTITUTO DE NUTRIÇÃO JOSUÉ DE CASTRO

CUIDADO NUTRICIONAL PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA ÁREA DE MANGUINHOS, RIO DE JANEIRO

BEATRIZ DELLA LÍBERA DA SILVA

RIO DE JANEIRO

2016

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

INSTITUTO DE NUTRIÇÃO JOSUÉ DE CASTRO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO

CUIDADO NUTRICIONAL PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA ÁREA DE MANGUINHOS, RIO DE JANEIRO

BEATRIZ DELLA LÍBERA DA SILVA

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Nutrição, Instituto de Nutrição Josué de Castro, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutora em Ciências Nutricionais.

Orientadoras: Profª Drª Cláudia Saunders
Profª Draª Mirian Ribeiro Baião
Profª Drª Denise Cavalcante de Barros

RIO DE JANEIRO

2016

CUIDADO NUTRICIONAL PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA ÁREA DE MANGUINHOS, RIO DE JANEIRO

BEATRIZ DELLA LÍBERA DA SILVA

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Nutrição, Instituto de Nutrição Josué de Castro, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutora em Ciências Nutricionais.

Aprovada por

Cláudia Saunders _____ (Presidente)
Doutora em Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)
Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Marta Maria Antonieta de Souza Santos _____
Doutora em Ciências Nutricionais, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)
Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Patricia de Carvalho Padilha _____
Doutora em Ciências Nutricionais, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)
Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Gilza Sandre Pereira _____
Doutora em Anthropologie Sociale et Historique, Université de Toulouse II Le Mirail
Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Eliseu Verly Junior _____
Doutor em Nutrição em Saúde Pública, Universidade de São Paulo (USP)
Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ)

Silvana Granado Nogueira da Gama _____
Doutora em Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)
Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)

Rio de Janeiro
Fevereiro, 2016

Dedico este trabalho aos meus quatro amados avós: Kilza, Antônio, Ivonne e Octávio, que por aqui passaram e muito contribuíram para me tornar a pessoa que sou hoje.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, à Deus, à intercessão de nossa Senhora e ao meu anjo da guarda, pela proteção, força, sabedoria e discernimento, e por me auxiliarem nessa longa trajetória e possibilitar ser, a cada dia, mais humana.

Aos meus pais Angela e Octávio, por todo amor incondicional, incentivo e apoio na busca pela formação acadêmica e aperfeiçoamento profissional e por serem meus alicerces e exemplos constantes na minha vida.

Ao meu marido Rodrigo, por quem tenho profunda admiração, pelo seu amor, paciência, companheirismo, motivação e, sobretudo, por estar sempre ao meu lado, principalmente nos momentos mais difíceis.

À minha *big sister* Bianca, por poder contar sempre com ela e compartilhar muitas das minhas angústias; ao meu cunhado Leonel, por todo o apoio tecnológico; e aos meus tios Hélio, Valéria e Eliane por fazerem parte da minha história.

Às queridas amigas e brilhantes orientadoras Cláudia Saunders, Mirian Ribeiro Baião e Denise Cavalcante de Barros; palavras nunca serão suficientes para demonstrar toda a minha gratidão, respeito e admiração que tenho por todas. Por acreditarem em mim, mesmo quando eu me sentia incapaz. Por todas as oportunidades de aprendizado, não apenas por meio do conhecimento científico, mas também pelos conselhos valiosos que não estão presentes nos livros. Por terem me tornado uma profissional melhor e, acima de tudo, por terem influenciado no meu amadurecimento como pessoa. Agradeço imensamente por fazerem parte da minha vida. Eu me orgulho muito de poder dizer que vocês foram e sempre serão minhas orientadoras!

À grande amiga nutricionista, meu braço direito na pesquisa e meu “porto seguro” em muitos momentos, Roberta Araújo. Meu muito obrigada pela sua amizade, carinho,

dedicação, seriedade e competência, pelo seu amor às nossas gestantes e por sempre me colocar pra cima diante das dificuldades. Estará sempre guardada do lado esquerdo do peito, fiel escudeira!

À Professora e amiga Marta Maria Antonieta de Souza Santos, por quem tenho um afeto muito especial, por todo carinho, ensinamentos e dedicação dispensados ao longo desses anos.

À professora e amiga Patricia Padilha, pelo apoio, amizade e torcida para que tudo sempre desse certo.

Aos professores doutores Eliseu Verly, Silvana Granado e Gilza Sandre-Pereira pelas valiosas contribuições ao trabalho.

Aos colegas nutricionistas Paulo Neves, Joice Amaro, Liliane Pontes, Juliana Lima e Juliana Alves por toda a ajuda e colaboração na construção da pesquisa.

Às estagiárias Ariane Pereira e Rebecca Rolszt, pelo comprometimento e envolvimento no projeto.

Às amigas nutricionistas Larissa Oliveira e Raphaela Machado pela amizade, apoio e por compartilharem comigo sempre seus conhecimentos.

À secretária Fernanda Bastos, pela sua integridade, generosidade e prontidão em nos ajudar nos “bastidores” da pesquisa.

Ao professor Cosme Passos pelo auxílio nas análises estatísticas.

Ao Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria e à Clínica da Família Victor Valla pelo acolhimento e prontidão em possibilitar o desenvolvimento da pesquisa nas unidades, em especial à nutricionista Ana Lúcia Fittipaldi.

Ao Grupo de Pesquisa em Saúde Materna e Infantil e ao Laboratório de Ensino e Pesquisa em Alimentação e Nutrição, agradeço a união e o convívio e a troca de saberes ao longo desses anos.

E um agradecimento mais que especial a todas as gestantes, exemplos de inspiração e de reflexão sobre as escolhas daquilo que realmente somos e queremos nos tornar na vida como pessoas. Agradeço a paciência, o carinho e a disponibilidade em participar da pesquisa.

Como uma onda

Nada do que foi será

De novo do jeito que já foi um dia

Tudo passa

Tudo sempre passará

A vida vem em ondas

Como um mar

Num indo e vindo infinito

Tudo que se vê não é

Igual ao que a gente

Viu há um segundo

Tudo muda o tempo todo

No mundo

Não adianta fugir

Nem mentir

Pra si mesmo agora

Há tanta vida lá fora

Aqui dentro sempre

Como uma onda no mar

Como uma onda no mar

Como uma onda no mar

Lulu Santos / Nelson Motta

APRESENTAÇÃO

O presente trabalho foi desenvolvido pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Materna e Infantil (GPSMI), do Instituto de Nutrição Josué de Castro (INJC) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), em parceria com o Laboratório de Ensino e Pesquisa em Alimentação e Nutrição (LEPAN), da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), do Instituto Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).

O estudo teve como objetivo aplicar e avaliar um protocolo de cuidado nutricional pré-natal, no âmbito da Atenção Primária à Saúde, que foi testado em uma Clínica da Família, em Manguinhos, no Rio de Janeiro, tendo se apropriado de uma abordagem quanti-qualitativa para responder aos seus objetivos.

Trata-se de um estudo clínico controlado em uma coorte de gestantes cujos grupos de estudo foram constituídos por gestantes e seus recém-nascidos incluídos na assistência pré-natal, com o propósito de esclarecer o efeito da intervenção nutricional no desfecho perinatal. O estudo foi registrado na plataforma de Registros Brasileiros de Ensaios Clínicos sob o número de registro RBR-2x4gm7 e recebeu financiamento do Projeto de Pesquisa TEIAS parceria Fiocruz/Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica da Universidade Federal do Rio de Janeiro (PIBIC-UFRJ).

O efeito da intervenção nutricional proposta foi avaliado por meio da investigação da associação entre o cuidado nutricional e o resultado perinatal, incluindo-se intercorrências gestacionais e inadequação do ganho de peso gestacional total.

Os sentidos atribuídos pelas mulheres à intervenção puderam ser apreendidos a partir da escuta de suas vivências com o cuidado nutricional aplicado.

Os resultados foram apresentados em 4 manuscritos. O primeiro trata-se de um estudo de revisão sobre o impacto da assistência nutricional pré-natal no âmbito da Atenção Primária à Saúde sobre os desfechos perinatais.

O manuscrito 2 busca compreender o contexto do pré-natal na Clínica da Família a partir do reconhecimento de sua inserção espaço-temporal e do entendimento das trajetórias e interações sociais e institucionais que envolviam gestantes e profissionais. Essa análise também teve como intuito contribuir com a aplicação do protocolo de cuidado nutricional pré-natal, respaldado nos princípios do acolhimento, do diálogo e da humanização em saúde.

Após a aplicação da intervenção foi então avaliada a associação entre o cuidado nutricional pré-natal e a adequação do ganho de peso gestacional e intercorrências maternas (manuscrito 3).

Como fechamento de todo o ciclo da pesquisa e com vistas a reformulações futuras, gestantes que participaram do protocolo de cuidado nutricional foram ouvidas, visando à apreensão dos sentidos atribuídos por elas à intervenção implantada (manuscrito 4).

RESUMO

CUIDADO NUTRICIONAL PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA ÁREA DE MANGUINHOS, RIO DE JANEIRO

Beatriz Della Líbera da Silva

Resumo da Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Nutrição, Instituto de Nutrição Josué de Castro, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutora em Ciências Nutricionais.

A presente tese, cujos resultados são apresentados na forma de quatro artigos científicos, visa avaliar o efeito de uma proposta de cuidado nutricional pré-natal no desfecho perinatal de gestantes atendidas em uma Clínica da Família na área de Manguinhos, Rio de Janeiro, no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS). Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa e qualitativa que buscou desvelar as dimensões biomédica e sociocultural por meio da complementaridade entre as metodologias. A pesquisa ocorreu no período entre fevereiro/2011 e agosto/2015 e foi desenvolvida em três etapas distintas: investigação do perfil de saúde e nutrição das gestantes e seus recém-nascidos no contexto sócio-histórico das usuárias assistidas na região; aplicação da intervenção; avaliação do efeito da proposta de cuidado nutricional pré-natal no desfecho perinatal e dos sentidos e significados atribuídos pelas gestantes à intervenção. O protocolo de cuidado nutricional constituiu no acompanhamento de gestantes, por meio de três encontros coletivos ao longo do pré-natal, denominados “rodas de conversa”, quando eram realizadas as avaliações necessárias à abordagem quantitativa da pesquisa (antropométrica, bioquímica, dietética,

funcional, sociodemográfica e clínica) bem como desenvolvidas atividades educativas baseadas nos princípios do aconselhamento nutricional e dietético. Os resultados demonstram que, apesar das evidências científicas apontarem a efetividade do pré-natal e do cuidado nutricional sobre a melhoria dos resultados perinatais, ainda são escassos os estudos que tratam sobre o perfil de saúde e nutrição e qualidade da assistência, assim como propostas de cuidado nutricional estruturadas e específicas destinadas a gestantes e puérperas atendidas na abrangência da atenção primária à saúde. As mulheres que receberam o cuidado baseado no aconselhamento nutricional e dietético, estruturado por meio de consultas coletivas e oferecido às gestantes ao longo do pré-natal, apresentaram menos intercorrências gestacionais e inadequação do ganho de peso gestacional total em comparação às que não receberam, reforçando a importância da organização da atenção nutricional dispensado ao grupo materno-infantil no âmbito da APS. A análise sócio-histórica permitiu a reflexão acerca das ações de cuidado voltadas às potencialidades e necessidades da população. As interpretações das falas das gestantes revelam que o cuidado nutricional estruturado desenvolvido na clínica da família por meio das atividades educativas das rodas de conversa representou uma estratégia importante para a promoção da saúde no período da gestação por meio da possibilidade de acesso à informação e troca de experiências, além de constituir espaços de humanização, cidadania e inclusão social.

Palavras chave: gravidez; nutrição pré-natal; atenção primária à saúde; estudos de intervenção; educação alimentar e nutricional; pesquisa qualitativa.

ABSTRACT

PRENATAL NUTRITIONAL CARE IN PRIMARY HEALTH CARE IN THE AREA OF MANGUINHOS, RIO DE JANEIRO

Beatriz Della Líbera da Silva

Summary of the thesis presented to the Josué de Castro Nutrition Institute of the Federal University of Rio de Janeiro in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy in Nutritional Sciences.

This thesis, whose results are presented in the form of four scientific papers, aimed at assessing the effect of a proposal for prenatal nutritional care on the perinatal outcome of pregnant women attended at a family clinic in Manguinhos area, Rio de Janeiro, in the context of Primary Health Care (PHS). It is a study of quantitative and qualitative approach that sought to reveal biomedical and sociocultural dimensions, through complementarity between methodologies. The research took place in the period between February/2011 and August/2015 and was developed in three distinct stages: investigation of the health and nutrition profile of pregnant women and their newborns in the socio-historical context of users assisted in the region; implementation of the intervention; evaluation of the effect of the proposed prenatal nutritional care in perinatal outcome and the senses and meanings given by pregnant women to the implemented intervention. The nutritional care protocol consisted in monitoring pregnant women through three collective meetings during the prenatal appointments, called "conversation circles", where the necessary quantitative evaluations were performed (anthropometric, biochemical, dietary, functional, socio-demographic and

clinical) and educational activities were developed, based on the principles of nutrition and dietary advice. The results show that despite scientific evidence indicating the effectiveness of prenatal and nutritional care on the improvement of perinatal outcomes, there are few studies about the health and nutrition profile of pregnant women and the quality of care, as well as about nutritional care proposals specifically structured for pregnant women and mothers assisted within the scope of primary health care. Women who received care based on the nutritional and dietary advice, structured through collective consultations and offered to pregnant women during the prenatal care, had lower proportions of pregnancy complications and inadequacy of the total gestational weight gain as compared to those that did not receive it, reinforcing the importance of organizing the nutritional care offered to the maternal and child group within the PHC. The socio-historical analysis allowed the reflection about care actions aiming the potential and the needs of the population. Interpretation of the speeches of pregnant women revealed that this structured nutritional care developed in family clinics through educational activities of conversation circles represents an important strategy for promoting health in pregnancy period through the possibility of access to information and the exchange of experiences, and constitutes an environment of humanization, citizenship and social inclusion.

Keywords: pregnancy; prenatal nutrition; primary health care; intervention studies; food and nutrition education; qualitative research.

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

Manuscrito 1 **Página**

Figura 1 – Diagrama do processo de seleção e revisão dos estudos, conforme PRISMA.....71

Tabela 1 – Avaliação da qualidade metodológica dos manuscritos incluídos nesta revisão, conforme escala da Jadad.....72

Tabela 2 – Descrição e avaliação da qualidade metodológica (conforme escala Jadad) dos estudos incluídos na revisão sistemática.....73

Manuscrito 3

Figura 1: Processo de seleção da amostra e formação dos grupos (GC e GI).....123

Tabela 1. Distribuição das gestantes segundo características sociodemográficas, obstétricas e do pré-natal nos grupos controle (GC) e intervenção (GI). Manguinhos, Rio de Janeiro, RJ. 2012-2015.....124

Tabela 2. Distribuição das gestantes segundo desfechos perinatais nos grupos controle (GC) e intervenção (GI). Manguinhos, Rio de Janeiro, RJ. 2012-2015.....125

Tabela 3: Modelo final com as *odds ratio* brutas e ajustadas para estimativa dos determinantes dos desfechos intercorrências gestacionais e inadequação do ganho de peso gestacional total em mulheres atendidas em Manguinhos. Rio de Janeiro, RJ. 2012-2015.....126

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ASH	Análise sócio-histórica
BPN	Baixo peso ao nascer
CCIC	Coeficiente de correlação intraclasse
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CF	Clínica da Família
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CSEGSF	Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria
DP	Desvio-padrão
DUM	Data da última menstruação
EFC	Ensino fundamental completo
EFI	Ensino fundamental incompleto
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GC	Grupo controle
GI	Grupo intervenção
HP	Hermenêutica de Profundidade
IG	Idade gestacional
IMC	Índice de massa corpórea
IDH	Índice de desenvolvimento humano
IOM	*Institute of Medicine*

PROSPERO	*International Prospective Register of Systematic Reviews*
IC	Intervalo de confiança
Kg	Quilogramas
LC	Linhas de cuidado
LEPAN	Laboratório de Ensino e Pesquisa em Alimentação e Nutrição
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de apoio à saúde da família
NIHR	*National Institute of Health Research*
NV	Nascidos vivos
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial da Saúde
OR	*Odds Ratio*
PAC	Programa de Aceleração do Crescimento
PAAS	Promoção da alimentação adequada e saudável
PHPN	Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
PIG	Pequeno para a idade gestacional
PN	Pré-natal
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RC	Rodas de conversa
REBEC	Registros Brasileiros de Ensaios Clínicos
RMM	Razão de Mortalidade Materna

RR	Risco relativo
SHG	Síndromes hipertensivas da gestação
SPSS	*Statistical Package for Social Sciences*
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido
TEIAS	Território Integrado de Atenção à Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UPP	Unidade de Polícia Pacificadora
WHO	*World Health Organization*

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 1

2. REFERENCIAL TEÓRICO 7

2.1. Perfil epidemiológico de saúde e nutrição das gestantes e do pré-natal no Brasil 7

2.2. Organização do cuidado pré-natal na perspectiva da atenção primária à saúde 10

2.3. Organização do cuidado nutricional pré-natal na perspectiva da atenção primária à saúde 20

2.4. Educação em saúde como estratégias para a implementação do pré-natal no âmbito da atenção primária à saúde 23

3. OBJETIVOS 28

3.1. Geral: 28

3.2. Específicos: 28

4. MATERIAL E MÉTODOS 29

4.1. Delineamento do estudo 29

4.2. Cenário da Pesquisa 29

4.3. Grupos de estudo e coleta de dados 31

4.3.1. Etapa I 31

4.3.2. Etapa II 32

4.3.3. Etapa III 40

5. QUESTÕES ÉTICAS 51

6. RESULTADOS 52

CONSIDERAÇÕES FINAIS 168

REFERÊNCIAS 172

1. INTRODUÇÃO

Em todo o mundo, cerca de 287 mil mulheres morrem anualmente em decorrência de complicações na gravidez, parto e puerpério (WHO, 2012). A Razão de Mortalidade Materna (RMM) entre as brasileiras é alarmante em comparação com os países desenvolvidos (WHO, 2007a), representando cerca de 68 mortes maternas para cada 100.000 nascidos vivos. As principais causas de morte materna dentre as adultas e adolescentes são as causas diretas - hipertensão, hemorragia e infecção puerperal (BRASIL, 2012a).

A redução da mortalidade materna corresponde ao quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio – ODM (*UNITED NATIONS*, 2015; BRASIL, 2010a). No Brasil, o Ministério da Saúde (MS; Brasil, 2012a) assumiu como meta a redução das taxas de mortalidade materna em 75% até 2015 (35 óbitos maternos/100.000nv). Segundo o último relatório nacional dos ODM (BRASIL, 2014), o indicador caiu 55% entre 1990 e 2011, de 141 para 64 óbitos por 100 mil, ainda distante da meta fixada para 2015. De acordo com o relatório mundial publicado em 2015 (*UNITED NATIONS*, 2015), a taxa de mortalidade materna teve uma redução de 40% na América Latina entre 1990 e 2013 e de 71% em todo o mundo, alertando para o fato de que os países não atingirão a meta e a necessidade de avaliar as melhoras e estabelecer políticas de saúde prioritárias relacionadas à saúde materna e ao acesso universal ao cuidado em saúde reprodutiva e sexual.

A morbidade materna, reconhecidamente, antecede e está fortemente associada à mortalidade infantil. Nessa perspectiva, o cuidado pré-natal adequado, com detecção e intervenção precoces das situações de risco, bem como a qualificação da assistência ao parto, constituem determinantes dos indicadores de saúde relacionados ao binômio mãe-filho, com o potencial de reduzir as principais causas de mortalidade materna e neonatal (CECATTI, 2005; ALVIM *et al*., 2007, BRASIL, 2012a).

No Brasil, a atenção à mulher durante a gestação e o parto constitui um desafio para o cuidado, tanto no que se refere à qualidade propriamente dita, quanto aos princípios filosóficos, ainda centrado em um modelo medicalizante, hospitalocêntrico e tecnocrático (SERRUYA, CECATTI e LAGO, 2004), caracterizado pela visão do indivíduo como um objeto, pela supervalorização da ciência e tecnologia e compartimentalização do corpo e da mente, entre outros aspectos (DAVIS-FLOYD, 2001).

No âmbito do pré-natal, a importância do cuidado nutricional tem sido sugerida por meio de evidências científicas que mostram a grande demanda por assistência nutricional durante essa fase, a influência do estado nutricional materno nos desfechos para a mulher e para o recém-nascido, assim como sua associação positiva com a adequação no consumo de energia e nutrientes (CHRISTIAN, 2002; ROUSE, 2003; AGAYO *et al*., 2004; NIQUINI, 2012). O cuidado nutricional também tem sido enfatizado na melhoria da saúde da mulher e dos desfechos perinatais, visando ao resultado obstétrico favorável, sendo proposta sua incorporação à assistência pré-natal (KHANANI *et al*., 2010; RICHARDS *et al*., 2011).

O cuidado nutricional também tem sido indicado no período pós-parto considerando que o ganho de peso ao longo da gestação ser apontado como um importante preditor da retenção de peso no pós-parto e do resultado obstétrico favorável. O cuidado nutricional adequado no período pós-parto poderia assegurar a perda de peso e, portanto, o retorno da mulher ao peso pré-gestacional, atendendo tanto às necessidades nutricionais maternas como ao crescimento e desenvolvimento da criança (CASTRO, KAC e SICHIERI, 2009).

No Rio de Janeiro, iniciou-se uma série de estudos em 2005 na Maternidade Escola da UFRJ, com o objetivo de avaliar os efeitos de uma proposta de cuidado nutricional pré-natal no resultado obstétrico de mulheres adultas. Na proposta estava previsto um calendário mínimo de quatro consultas individuais com o nutricionista, intercaladas por três atendimentos em grupo multiprofissional ao longo da gestação, com início das consultas

concomitante as do pré-natal. As rotinas de atendimento também foram revisadas com base nas evidências científicas mais atuais e na adequação à realidade do serviço. Os resultados mostraram a redução significativa dos casos de anemia (de 28,4% para 16,8%) e cegueira noturna gestacional (de 18,7% para 6,2%) em adultas que foram acompanhadas pelo nutricionista na gestação (CHAGAS *et al*, 2011). Verificou-se ainda que houve maior proporção de inadequação de ganho ponderal total (OR 1,82, IC 95%: 1,20-2,75) e intercorrências gestacionais (OR 1,57, IC95%: 1,04-2,36) dentre as mulheres que não receberam o cuidado nutricional proposto em comparação com as que receberam (PADILHA *et al*., 2014).

Outro achado de destaque foi a associação entre o ganho de peso nos três trimestres de gestação com o peso ao nascer, sendo que o ganho no primeiro trimestre teve grande influência no peso ao nascer (PADILHA *et al*., 2009), justificando que o início precoce do cuidado nutricional deve ser implementado como medida para favorecer as condições ao nascimento (SAUNDERS *et al*., 2012). O benefício da proposta de intervenção nutricional, na mesma lógica de acompanhamento descrito anteriormente, também foi demonstrado entre as gestantes adolescentes atendidas na mesma unidade de saúde (SANTOS *et al*., 2013, 2012). Nas mulheres que não sofreram a intervenção nutricional foi observada uma prevalência ajustada 3,5 maior (IC 95% = 1.50-8.45) de baixo peso ao nascer em comparação às que receberam, mostrando o efeito protetor do cuidado nutricional mesmo após o ajuste para variáveis de confundimento (SANTOS *et al*., 2013).

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2010) propõe um conjunto de intervenções direcionadas à melhoria da saúde materna, do recém-nascido e da criança e destaca o cuidado nutricional como uma estratégia pré e pós-natal, incluindo a avaliação do estado nutricional e monitoramento de carências nutricionais. No Brasil, a organização da atenção nutricional nos serviços de saúde é uma prioridade, sendo uma das diretrizes da atual Política Nacional de

Alimentação e Nutrição – PNAN (BRASIL, 2012c). O Ministério da Saúde indica a necessidade da melhor organização dos serviços de saúde para atender às demandas geradas pelos agravos relacionados à nutrição, tanto em relação ao seu diagnóstico e tratamento quanto à sua prevenção e à promoção da saúde, especialmente dos grupos mais vulneráveis, como o materno-infantil (BRASIL, 2012c).

Apesar do crescente número de trabalhos que confirmam os benefícios da nutrição adequada sobre o resultado da gestação, ainda são poucos os estudos que tratam sobre o perfil de saúde e nutrição e qualidade do cuidado destinado a gestantes e puérperas atendidas na abrangência da Atenção Primária à Saúde (APS) (COSTA *et al*., 2009).

Quanto ao cuidado nutricional, Costa *et al*. (2009) observaram que apenas 35,3% das gestantes assistidas em uma unidade de saúde da família no Brasil foram orientadas com relação à sua alimentação no período de gestação e de amamentação. Ainda neste estudo, durante os meses de gestação e no período de lactação, as mulheres relataram interdições alimentares, dúvidas e falta de informação, que poderiam trazer prejuízos para a saúde do bebê e delas mesmas. Por fim, o trabalho revela que o programa ainda se apresenta fortemente centrado no modelo hegemônico e nos procedimentos e na atenção biomédica, destacando a premência de investimentos em recursos humanos, com foco em três aspectos: atuação técnica, relações dos profissionais de saúde com os usuários e à forma de contratação dos profissionais (COSTA *et al*., 2009).

Em trabalho desenvolvido por Gregg (2009), estudou-se o perfil da assistência pré-natal de gestantes atendidas no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF), que tiveram sua primeira consulta no período compreendido entre novembro de 2006 e novembro de 2007. Os principais resultados demonstraram que, segundo a história obstétrica, por volta de um terço das gestantes tiveram pelo menos um aborto e 14% das mulheres foi considerado como de alto risco devido à hipertensão, pré-eclâmpsia, toxoplasmose, anemia e risco de parto

prematuro, entre outros. Em relação ao encaminhamento para o serviço de nutrição, poucas gestantes foram encaminhadas, revelando baixa adesão à consulta.

Com base em todas as evidências científicas dos estudos citados que apontam a efetividade do pré-natal e do cuidado nutricional sobre a melhoria dos resultados perinatais em gestantes do Rio de Janeiro, associadas à escassez de estudos que tratem do assunto na abrangência da APS e pela necessidade de se planejar e organizar as ações de alimentação e nutrição na rede de atenção, conforme definido na PNAN, este estudo tem como propósito implementar e avaliar uma proposta de cuidado nutricional em uma Clínica da Família (CF) na região de Manguinhos, Rio de Janeiro.

É oportuno destacar que o projeto é norteado pelas diretrizes da PNAN, em especial a primeira diretriz, com vistas à organização do cuidado nutricional pré-natal na APS, de forma a contribuir com a estruturação da rede de atenção à saúde do grupo materno-infantil. Além disso, prevê rotinas de avaliação nutricional de baixa densidade tecnológica, com facilidades metodológicas, que forneçam subsídios para a reflexão acerca do pré-natal, visando à melhoria das condições de saúde e nutrição de mulheres e seus filhos.

Diante do exposto, o presente estudo tem como hipótese que a proposta de cuidado nutricional pré-natal baseada em consultas coletivas estruturadas na abrangência da Atenção Primária à Saúde melhora o resultado perinatal e parte das seguintes questões:

- Quais as características sociodemográficas, obstétricas e nutricionais da população de gestantes assistidas na Atenção Primária à Saúde, na área de Manguinhos, Rio de Janeiro?
- Em que contexto espaço-temporal o pré-natal é desenvolvido em Manguinhos e como as gestantes e os profissionais se inserem e interagem nesse contexto?

- De que forma a aplicação de um protocolo de cuidado nutricional, no âmbito da Atenção Primária à Saúde, com base no aconselhamento coletivo, no diálogo, na integralidade e na humanização em saúde, tem influência sobre o desfecho perinatal?
- Como a proposta interferiu na motivação e satisfação das gestantes e como as mulheres vivenciaram o cuidado aplicado?

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. Perfil epidemiológico de saúde e nutrição das gestantes e do pré-natal no Brasil

Apesar de o Brasil ter apresentado redução importante da mortalidade infantil nas últimas décadas, os indicadores de óbitos neonatais apresentaram uma velocidade de queda aquém do desejado, sendo grande parte evitável. De forma semelhante, a maioria das mortes e complicações que surgem durante a gravidez, parto e puerpério também pode ser prevenida. Logo, para que esses problemas sejam minimizados, torna-se necessária a participação ativa do sistema de saúde por meio de ações como a atenção pré-natal, ao parto e ao recém-nascido. (BRASIL, 2010b; BRASIL, 2012a).

O acompanhamento pré-natal tem como objetivo o desenvolvimento adequado da gestação, permitindo o parto e nascimento saudáveis, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas. Busca ainda prevenir, detectar precocemente e tratar as intercorrências mais frequentes nesse período (BRASIL, 2012a).

A assistência pré-natal é considerada como uma das mais antigas ações desenvolvidas pelos serviços públicos de saúde no Brasil e iniciativas visando à ampliação do acesso das mulheres à essa assistência e à qualificação de suas ações vêm sendo construídas (BRASIL, 2009a). Sendo assim, é importante conhecer as características biológicas e sociais da população, assim como a qualidade da assistência atual prestada, de forma a contribuir para a elaboração de estratégias futuras em prol da melhoria do cuidado.

Em relação às características sociodemográficas das gestantes atendidas em nível nacional, a maioria é assistida no âmbito da atenção primária à saúde, de cor não branca, vive com um companheiro e tem, pelo menos, 8 anos de estudo. Cerca de 20% das grávidas é

adolescente e em torno de 40% encontra-se na sua primeira gestação (BRASIL, 2009a; VIELLAS *et al*., 2014).

Dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) de 2006 mostram que, de acordo com o perfil antropométrico das mulheres com idade reprodutiva entre 15 a 49 anos, a prevalência de excesso de peso foi de 43,1% e, de obesidade, de 16,1%. Prevalências elevadas foram encontradas em todas as macrorregiões brasileiras, variando de 41,0% na região Nordeste a 45,2% na região Centro-Oeste. A frequência do excesso de peso e obesidade tendeu a aumentar com a idade da mulher e com o número de filhos e a diminuir com o aumento da escolaridade da mulher, porém, não com o aumento do poder aquisitivo familiar (BRASIL, 2009a).

Quanto às intercorrências maternas durante a gestação, Lansky *et al*. (2014) observaram que cerca de 37% das mulheres brasileiras estudadas apresentaram desfechos negativos e que os mesmos foram associados significativamente aos óbitos neonatais (OR ajustada=6,7; IC=3,85-9,55) (LANSKY *et al*., 2014).

No que diz respeito à razão de mortalidade materna nacional, dos 141 óbitos por 100 mil nascidos vivos em 1990, a taxa em 2011 ficou em menos de 64 óbitos por 100 mil nascidos vivos. Essa redução da RMM observada no período se deve, em grande parte, à queda da mortalidade materna por causas obstétricas diretas, resultantes de complicações surgidas durante a gravidez, o parto ou o puerpério, e de intervenções, omissões, tratamento incorreto ou de eventos associados a qualquer um desses fatores. Ainda assim, como principais causas obstétricas diretas de morte materna, destacam-se a hipertensão arterial sistêmica (12,3 óbitos/100.000 nv), também considerada como principal causa de morte direta na América-Latina (SAY *et al*., 2014), as hemorragias (6,7 óbitos/100.000 nv), a infecção puerperal (4 óbitos/100.000 nv) e o aborto (3 óbitos/100.000 nv). Já as doenças do aparelho

circulatório contribuem com 5,2 óbitos/100.000 nv como causas obstétricas indiretas (BRASIL, 2014).

Segundo alguns estudos nacionais de abrangência local, falhas na assistência pré-natal têm sido identificadas afetando sua qualidade e efetividade, tais como dificuldades no acesso, início tardio, número inadequado de consultas e realização incompleta dos procedimentos preconizados (COIMBRA *et al*., 2003; COUTINHO *et al*., 2010; DOMINGUES *et al*., 2012). Ainda que dados de abrangência nacional relativos à assistência pré-natal no Brasil sejam escassos, os estudos mostram que a cobertura da assistência pré-natal no Brasil é praticamente universal, independentemente das regiões do país e das características demográficas, sociais e reprodutivas das mulheres (BRASIL, 2009a; VIELLAS *et al*., 2014).

De acordo com Viellas *et al*. (2014), ainda que a cobertura seja ampla, a adequação e qualidade da assistência pode ser considerada como insatisfatória tendo em vista a proporção de gestantes com início do pré-natal até 16 semanas gestacionais (75,8%) e que tiveram o número mínimo de 6 consultas previstas para a idade gestacional no momento do parto (73,1%). Dados semelhantes também foram encontrados na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (BRASIL, 2009b), em que 83,6% das mulheres iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre da gravidez e apenas 80,9% das gestantes tiveram, pelo menos, 6 consultas ao longo do acompanhamento.

Em relação à continuidade da assistência pré-natal, Viellas *et al*. (2014) constataram que 11,6% das mulheres referiram não ter sido acompanhadas pelo mesmo profissional ao longo da gestação, sendo a maior escolaridade materna, a adolescência precoce, mulheres com menor número de gestações e residentes na Região Nordeste fatores associados com o atendimento pelo mesmo profissional. Segundo esse estudo, em relação às informações recebidas no pré-natal, as orientações sobre aleitamento materno e sinais de risco na gestação foram referidas por volta de 60% das puérperas, enquanto orientações sobre práticas benéficas

para o trabalho de parto foram citadas por 41%, evidenciando o papel insuficiente do pré-natal na preparação das mulheres para o parto e para a amamentação.

Os dados apresentados confirmam a importância de dados nacionais que permitam uma melhor avaliação da assistência prestada e da necessidade de investigação de novos parâmetros relacionados ao perfil de saúde na gestação com base na insuficiência de dados que reflitam a real situação nutricional das gestantes brasileiras.

2.2. Organização do cuidado pré-natal na perspectiva da atenção primária à saúde

Apesar do crescente desenvolvimento científico e tecnológico observado ao longo dos anos, as práticas em saúde vêm enfrentando, há tempos, uma sensível crise de legitimação (SCHRAIBER, 1997). A VIII Conferência Nacional de Saúde e a criação da Comissão Nacional de Reforma Sanitária, nos anos 1980, tiveram forte impacto para as diversas conquistas que aconteceram no processo de reorganização do sistema de saúde no Brasil (BRASIL, 1988). A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990 deu início à organização de um sistema de dimensão nacional, de caráter público, com princípios e diretrizes comuns em todo o território nacional, regulados a partir da aprovação da Lei Orgânica da Saúde (Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90), constituindo um verdadeiro marco na saúde brasileira (BRASIL, 1990).

Apesar dessas conquistas, algumas questões inerentes ao modelo tradicional ainda se fazem presentes, tais como a limitação do acesso à assistência à saúde; a manutenção de processos e tecnologias de trabalho homogeneizantes, que desconsideram as singularidades socioeconômicas, políticas e culturais da população; e a permanência da tradição autoritária, distanciada e hierarquizante nas inter-relações entre profissionais e sujeitos alvos dos cuidados em saúde. Essas permanências têm se configurado como uma grande tensão na reconstrução do modelo de saúde vigente, suscitando a necessidade de novas estratégias que

visem, principalmente, contribuir para a reorientação do modelo, investindo na integralidade da atenção à saúde, em conformidade com os princípios e as diretrizes do SUS (BATISTA E GONÇALVES, 2011).

Frente a essa situação, diversas propostas surgem para sua reestruturação. No âmbito da saúde coletiva brasileira, a humanização da atenção à saúde se configura também como uma proposta de reconstrução das práticas em saúde (DESLANDES, 2004), cujo norte ético e político é *o compromisso entre os pressupostos, métodos e resultados das tecnociências da saúde, em seus meios e fins, com a realização de valores contrafaticamente relacionados à felicidade humana e democraticamente validados como Bem comum* (AYRES, 2004, p.19). Como algumas estratégias importantes para a reorganização e a humanização do sistema, podemos citar a Estratégia Saúde da Família (ESF), a Política Nacional de Humanização e o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), entre outras (BATISTA E GONÇALVES, 2011).

A centralidade do projeto de felicidade humana, compreendido como *um horizonte normativo que enraíza na vida efetivamente vivida pelas pessoas aquilo que elas querem e acham que deve ser a saúde e a atenção à saúde* (AYRES, 2004, p.21), recorre à expressão *cuidado* para se referir às relações dessa centralidade no modo de ser dos humanos, com os modos de compreenderem a si e a seu mundo e com seus modos de agir e interagir. Muito além do sentido operativo do senso comum em cuidar ou descuidar, e menos ainda numa perspectiva médica de aplicação terapêutica das tecnociências da saúde, o termo Cuidado, em sua conformação humanizadora, pode ser adotado como *designação de uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde* (AYRES, 2004, p.22). Segundo Habermas (1988), a permeabilidade do dito técnico para o não-técnico possibilita o diálogo entre a normatividade morfofuncional das

tecnociências médicas e a normatividade da ordem proveniente do mundo da vida, de forma a re-significar a saúde e seus componentes.

Na perspectiva do cuidado em saúde, o acolhimento se destaca como um elemento intercessor no processo de produção de saúde, pressupondo mudanças na relação profissional/usuário e sua rede social, profissional/profissional, mediante parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde (BRASIL, 2010c; FRANCO *et al*., 1999).

Como ato ou efeito de acolher, o acolhimento pode ser percebido como um "estar com" e um "estar perto de", implicando em uma atitude relacionamento com algo ou alguém (BRASIL, 2010c). O encontro – enquanto processo de produção da saúde – entre profissionais e usuários, se concretiza por meio da utilização de uma combinação de "agires" tecnológicos operadores das tecnologias duras, leve-duras e leves[1] que visam à construção de relações de escutas/diálogos e responsabilizações, as quais se articulam com a criação de vínculos e compromissos em projetos de intervenção que possam, por sua vez, repercutir no controle do sofrimento (enquanto doença) ou produção da saúde (MERHY, 2007; FRANCO *et al*., 1999).

Ao longo desses (des)encontros, os profissionais podem se deparar com questionamentos e insatisfação por parte dos usuários que, uma vez analisados, revelem novas linhas de possibilidades, no processo de produção de saúde, permitindo modificações no cotidiano do serviço em torno de um modelo centrado no usuário, mais comprometido com a defesa da vida individual e coletiva. Sendo assim, considerando que a produção da

[1] As tecnologias chamadas "duras" são representadas pelas ferramentas-máquinas como raios X, instrumentos para realizar exames laboratoriais para examinar o paciente ou mesmo prontuários; as tecnologias "leve-duras" são os conhecimentos e saberes profissionais, como o saber tecnológico da clínica e epidemiologia; já a tecnologia "leve" seria a abordagem cuidadora, norteada por um processo de relações e baseada em acolhimento e cumplicidade, nos quais há a produção de responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado, e na confiabilidade, na qual se produzem relações de vínculo e aceitação (Merhy, 1998).

responsabilização clínica e sanitária e da intervenção resolutiva é o que se busca nas práticas de saúde, é imperativo reconhecer que, sem acolhimento e vínculo, não há produção dessa responsabilização e otimização tecnológica das resolubilidades que efetivamente influenciam os processos sociais de produção da saúde e da doença (FRANCO, BUENO e MERHY, 1999).

Como o processo de produção de saúde lida com a vida humana, essa área de produção se corporifica em um encontro entre pessoas, sendo inteiramente dependente da relação entre sujeitos. O encontro possibilita construções que podem impactar positivamente nos problemas de saúde do usuário, pressupondo a *inter-relação* dos envolvidos, sendo imprescindível o vínculo, o envolvimento e co-participação entre esses sujeitos. Também é importante acolher as singularidades que emergem dos encontros, e perceber que tanto o profissional quanto o usuário são sujeitos ativos do processo da produção de saúde (FARIA E ARAUJO, 2010; MERHY, 2002). O usuário, um ser de consciência, tem suas ideias materializadas de forma que, com base em sua participação e interesse nos aspectos que influenciam sua saúde, são capazes de conquistar novos caminhos. Logo, a participação e a responsabilidade dos indivíduos nas ações de cuidado, de promoção da saúde, transformam-no em sujeitos ativos do processo da produção de saúde, juntamente com o profissional, dela participando ativamente, conforme suas singularidades sociais, econômicas, políticas e culturais (ERDMANN *et al.*, 2006).

Nesse sentido, assumindo a integralidade como um valor que se expressa na forma como os profissionais de saúde lidam com seus pacientes, espera-se que o cuidador busque compreender e reconhecer as necessidades de saúde dos usuários para além das suas demandas explícitas durante o encontro por meio de uma visão abrangente das demandas dos sujeitos que o procuram (MATTOS, 2001).

O profissional de saúde, um ser cognoscente, co-responsável pelo suprimento de suas necessidades e pelo estabelecimento de relações entre os membros da equipe, é cercado por um sistema onde aprende, troca, elabora, reelabora, transforma o conhecimento explícito em tácito e o tácito em explícito[2]. Como membro de uma organização, é capaz de articular conhecimento e melhorar as práticas de saúde e de cuidado, o que requer mudanças de comportamento, seja ao nível individual, coletivo ou organizacional, nos métodos de trabalho, no fluxo de informações e na incorporação da reflexão crítica. A reflexão crítica constitui ferramenta fundamental para pensar a ação, o porquê da ação e como esta poderia ser mais efetiva no campo das melhores práticas de saúde (ERDMANN *et al.*, 2006*)*.

No Brasil, devido às intensas transformações socioeconômicas e de estilo de vida da população e, consequentemente, seu impacto na saúde, emerge a necessidade de estabelecimento de novos processos organizativos, de gestão e atenção à saúde no SUS, baseados em evidências científicas e que atendessem às demandas de saúde da população de forma efetiva e eficiente. De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde, as redes de atenção, coordenadas pela Atenção Primária à Saúde (APS), são consideradas essenciais para minimizar a fragmentação que enfraquece a maioria dos sistemas de saúde do mundo, incluindo o Brasil (OPAS, 2011). Diante disso, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) são criadas como possibilidade para a reestruturação dos serviços e processos de saúde, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS e o perfil epidemiológico da população brasileira (BRASIL, 2012d).

Segundo a portaria GM nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010, as RAS são definidas como "*arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades*

[2] Segundo Erdmann *et al*. (2006), o conhecimento explícito é codificado, de mais fácil comunicação e passível de transferência via sistemas de informação; trata-se de um conhecimento verbalizado, controlável. Já o conhecimento tácito é pessoal, difícil de ser reproduzido, dependente do contexto e sua transferência ocorre apenas por meio da socialização; é estritamente enraizado na prática e dificilmente manifestado pela linguagem ou escrita, constituindo-se muito mais na observação do fazer e do interagir dos indivíduos do que no controle ou sistematização de conhecimentos explícitos.

tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado". As RAS têm como objetivo promover a integração de ações e serviços de saúde para prover uma atenção à saúde de forma contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, com vistas à consolidação dos princípios e diretrizes do SUS. Além disso, são caracterizadas por formar relações horizontais entre os diferentes pontos de atenção; priorizar a APS como centro de comunicação; planejar e organizar as ações segundo as necessidades de saúde de uma população específica; ofertar atenção contínua e integral; estimular o cuidado multiprofissional; e compartilhar objetivos e compromissos com os resultados, em termos sanitários e econômicos (BRASIL, 2012d).

A implementação das RAS tem como desafio a construção de sistemas integrados de saúde, apoiada por diversas políticas, como a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), representantes dos esforços para a construção de um modelo de atenção capaz de responder às atuais demandas de saúde dos brasileiros, efetivando a APS como eixo estruturante e coordenador das RAS no SUS (BRASIL, 2012d).

Sendo assim, é possível integrar ações de promoção, prevenção e assistência à saúde no território de Manguinhos, incluindo o cuidado nutricional, de modo a reunir e coordenar diferentes ofertas como a própria saúde da família e núcleo de apoio à saúde da família (NASF), como também contribuir para a reorientação sistêmica de outras estratégias de atenção à saúde (como a Unidade de Pronto Atendimento- UPA, gestão estadual e o Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria/CSEGSF/ENSP) ou outras que venham, futuramente, a ser ofertadas pelo SUS (FIOCRUZ, 2009).

A APS[3] deve ser o contato preferencial, a principal porta de entrada e centro de comunicação das gestantes com toda a Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2012b; WHO, 2008). Essa se constitui como local privilegiado para a conjugação de ações intersetoriais e interdisciplinares e para a implementação de estratégias que visem à melhoria do perfil de saúde e nutrição da população (BARROS *et al.*, 2013).

Como componente do trabalho interdisciplinar na APS, é oportuno destacar as ações de alimentação e nutrição, em quaisquer formas de intervenção, como estratégias indispensáveis a todo programa cuja finalidade seja elevar a qualidade de vida da população a partir do princípio da integralidade (ASSIS *et al*, 2002). A incorporação e consolidação de ações de nutrição e alimentação na APS ainda se justificam pela sua relação direta com doenças crônicas não transmissíveis e objetivam contribuir para a qualificação e resolubilidade da atenção à saúde da população (BRASIL, 2009b).

A APS deve ser estruturada de modo a propiciar o cumprimento de suas funções centrais de acolher, escutar e atender às demandas sanitárias existentes. Deve desempenhar ações de saúde e também fazer a ligação entre os demais pontos de atenção, de modo a garantir a integralidade e continuidade da atenção à saúde dos usuários. Diferentemente do modelo de saúde hegemônico, o modelo de redes integradas de saúde, baseado na atenção

---

[3] Segundo a declaração de Alma-Ata (1978), a Atenção Primária à Saúde foi conceituada como: *"a assistência sanitária essencial baseada em métodos e tecnologias práticos, cientificamente fundados e socialmente aceitáveis, acessível a todos os indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam suportar em todas e em cada uma das etapas de seu desenvolvimento, em um espírito de auto-responsabilidade e autodeterminação. A Atenção Primária é parte integrante tanto do sistema nacional de saúde, do qual constitui a função central e o núcleo principal, como do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde e leva, na medida do possível, a atenção da saúde aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham. Constitui o primeiro elemento de um processo permanente de assistência sanitária*" (OMS, 1978). Apesar da diferença ideológica ou conceitual dos termos "Atenção Primária" – idealizado por White (1961) em seu estudo sobre níveis de atenção; "Atenção Básica" – oficializado pelo governo brasileiro e utilizado para denominar suas secretarias e documentos oficiais; e "Atenção Primária à Saúde", os mesmos podem ser utilizados como sinônimos. Sendo assim, optou-se por utilizar o termo "Atenção Primária à Saúde" no presente trabalho em decorrência da inconsistência teórico-conceitual no atual cenário da literatura científica e do seu predomínio no contexto brasileiro visto o número de trabalhos que se utilizam dessa perspectiva em seus estudos (Barros *et al*., 2013; Mello *et al*., 2009; Gil, 2006), além de ser o termo preconizado pelos Descritores em Ciências da Saúde.

integral, multiprofissional e interdisciplinar, vem reforçar a necessidade de reorganização das práticas de saúde (BRASIL, 2012d), como explicitado na PNAB:

> *O redirecionamento do modelo de atenção impõe claramente a necessidade de transformação permanente do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes, exigindo de seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras, a gestão das mudanças e o estreitamento dos elos entre concepção e execução do trabalho* (BRASIL, 2012b, p.38).

Com o propósito de reorganizar a APS e reformular o modelo assistencial vigente, o Ministério da Saúde criou, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), posteriormente reformulado para Estratégia de Saúde da Família (ESF). Respaldado pelos princípios do SUS, a ESF baseou-se no acolhimento, no cuidado à saúde e na humanização, entendidas como formas para se buscar uma atenção qualificada para a população (ROSA E LABATE, 2005; ROMAGNOLI, 2009; COSTA *et al.*, 2009).

A ESF foi concebida como uma estratégia de fortalecimento da APS como o primeiro nível de atenção à saúde no SUS, mediante a construção de um modelo assistencial baseado na promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde, dirigidos aos indivíduos, à família e à comunidade (BRASIL, 1994).

Assim, a ESF se apresenta como uma nova maneira de lidar com a saúde, ampliando a visão no processo de intervenção em saúde na medida em que considera o indivíduo como um todo, em consonância com suas condições de vida, respeitando os grupos culturais, suas relações com a saúde e o contexto biológico e social em que se inserem. A Estratégia pressupõe, ainda, a parceria com a família, para sustentar a nova proposta de saúde e melhorar, assim, a qualidade de vida da comunidade (ROSA E LABATE, 2005; ROMAGNOLI, 2009).

A ESF é operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. São compostas por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada (BRASIL, 2004a; SOUSA E HAMANN, 2009).

Com o intuito de apoiar a inserção da ESF na rede de serviços e ampliar a abrangência das ações da APS, o Ministério da Saúde criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), de acordo com a Portaria GM nº 154, de 24 de Janeiro de 2008, Republicada em 04 de Março de 2008 (BRASIL, 2004b).

O NASF deve ser constituído por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento (exemplo: psicólogo; assistente social; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; educador físico; nutricionista; terapeuta ocupacional; médico ginecologista; médico homeopata; médico acupunturista; médico pediatra; e médico psiquiatra), de acordo com a demanda da população, para atuarem em conjunto com os profissionais das equipes de Saúde da Família (MOURA E LUZIO, 2014; BRASIL, 2004b).

O nutricionista, integrante do NASF, tem o compromisso de atuar, de forma integrada e planejada, nas atividades desenvolvidas pelas ESF, avaliar o desenvolvimento e a implementação de ações e a medida de seu impacto sobre a situação de saúde e participar e contribuir com as atividades de Educação Permanente (FIOCRUZ, 2009).

Ainda em relação aos recursos humanos na APS, enfatiza-se a importância da inclusão de profissionais tecnicamente competentes, comprometidos, em quantitativo suficiente e capazes de organizar seus processos de trabalho em equipe, centro de comunicação das RAS. Dentre as ações preconizadas pelas equipes da APS, destacam-se a territorialização, adscrição da clientela, acolhimento, vínculo, responsabilização, integralidade e resolubilidade da atenção. A articulação de diferentes profissionais, que compartilham ações e desenvolvem

processos interdisciplinares, contribui para a ampliação da capacidade de cuidado de toda a equipe, facilitando a gestão do cuidado integral do usuário e a coordenação das RAS (BRASIL, 2012d).

As linhas de cuidado (LC), instrumento de trabalho dos profissionais de saúde, definem as RAS e as ações e os serviços que devem ser desenvolvidos nos diferentes pontos de atenção da rede (primário, secundário e terciário) e nos sistemas de apoio, tal como entidades comunitárias e de assistência social, de forma a expressar os fluxos assistenciais que devem ser garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde (FRANCO E FRANCO, 2012). Sendo assim, as LC são de responsabilidade das equipes de saúde, ou seja, cabe às equipes estruturar seus modos de oferecer atenção à saúde da população adscrita, de acordo com as necessidades de saúde do usuário, por meio da elaboração coletiva e interdisciplinar de projetos terapêuticos (conjunto de ações escolhidas por uma determinada equipe para sanar uma demanda de saúde específica de um usuário). Logo, a LC requer multi e interdisciplinaridade e deve ser composta por um conjunto de fluxos interligados e contínuos que facilitem o encontro do usuário com os profissionais e ações mais pertinentes às suas necessidades (BRASIL, 2012d).

No âmbito da LC materno-infantil, destaca-se a RAS Rede Cegonha, criada em 2011 e fundamentada nos princípios da humanização e da assistência. Tem como propósitos estruturar e organizar a atenção à saúde, garantindo acesso, acolhimento e resolubilidade ao grupo materno-infantil; assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e cuidado humanizado durante a gravidez, parto e puerpério; e proporcionar à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis, de forma a reduzir a mortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2011).

Sendo assim, de maneira prática, destaca-se o papel fundamental da APS na RAS, na qual a Unidade Básica de Saúde (UBS) tem como responsabilidades, entre outras, articular

com os serviços de apoio diagnóstico a realização de exames necessários durante o período gestacional, programar o parto na maternidade mais próxima da residência da usuária e acompanhar o pós-parto do binômio mãe-bebê (BRASIL, 2012d).

Nesse contexto, a atenção nutricional deve fazer parte do cuidado integral na RAS, constituindo-se como o campo privilegiado para a conjugação de ações intersetoriais e interdisciplinares para implementação de estratégias que visem à melhoria do perfil de saúde e nutrição da população.

2.3. Organização do cuidado nutricional pré-natal na perspectiva da atenção primária à saúde

A literatura é consensual ao demonstrar os efeitos benéficos da alimentação e nutrição adequadas nos resultados da gestação. Evidências apontam que o aconselhamento nutricional e dietético é capaz de melhorar a qualidade da ingestão alimentar, energética e de nutrientes específicos de gestantes (AHRARI *et al*., 2006; BRILEY *et al*.,2002; WIDGA *et al*., 1999; NORONHA *et al*., 2013), assim como o ganho de peso gestacional total (LÍBERA *et al*., 2011). Os estudos também confirmam a influência do cuidado nutricional na redução de intercorrências maternas como anemia (NORONHA *et al*., 2013), diabetes e hipertensão gestacional, e neonatais, como prematuridade e baixo peso ao nascer (BPN) (VÍTOLO, BUENO e GAMA, 2011).

Segundo a PNAN, as ações de alimentação e nutrição a serem desenvolvidas na APS devem estar em consonância com os princípios doutrinários e organizacionais do SUS – universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização e hierarquização e participação popular (BRASIL, 2012d; BARROS *et al*., 2013) - ter como propósito o direito humano à saúde e à alimentação adequada por meio da humanização das práticas de saúde, do respeito à diversidade e à cultura alimentar, da socialização da informação em busca da

autonomia, da análise da determinação social da problemática alimentar e nutricional, da interdisciplinaridade e intersetorialidade das ações e da promoção da segurança alimentar e nutricional com soberania. A transversalidade das ações que compõem a PNAN e sua primeira diretriz, a organização da atenção nutricional nas diferentes fases do curso da vida, incluindo gestantes, puérperas e crianças menores de 2 anos, orientam o cuidado nutricional capaz de atender às demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância para este grupo, observando critérios de risco e vulnerabilidade (BRASIL, 2012c; BRASIL, 2013).

Nesse intuito, o processo de organização e gestão dos cuidados relativos à alimentação e nutrição do grupo materno-infantil na RAS deverá ser iniciado pelo diagnóstico da situação alimentar e nutricional da população adscrita. A vigilância alimentar e nutricional possibilitará a contínua avaliação e organização do cuidado nutricional no SUS, identificando prioridades de acordo com o perfil alimentar e nutricional da população assistida. Nesse sentido, os processos de acolhimento precisam levar em conta a subjetividade e complexidade das práticas alimentares dos grupos sociais (BARROS *et al*., 2013).

Ainda que o cuidado nutricional priorize a realização de ações no âmbito da APS, esta deverá incluir, de acordo com as necessidades dos usuários, outros pontos de atenção à saúde, assim como ações em diferentes equipamentos sociais, considerando a integralidade e intersetorialidade. As equipes de referência devem ser apoiadas por equipes multiprofissionais, por meio do processo de matriciamento e clínica ampliada, incluindo profissionais da área de alimentação e nutrição que deverão instrumentalizar os demais profissionais para o desenvolvimento de ações integrais nessa área, respeitando seu núcleo de competências (BARROS *et al*., 2013).

Dessa forma, o cuidado nutricional nos demais pontos de atenção à saúde também deve ser realizado dentro de uma rede integrada de cuidados, de forma transversal a outras políticas específicas, como a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS; BRASIL,

2010d), e com a participação de equipes multidisciplinares. Logo, faz-se necessária a elaboração de protocolos, manuais e normas técnicas que orientem a organização dos cuidados relativos à alimentação e nutrição na rede de atenção à saúde (BARROS *et al*., 2013).

A partir do diagnóstico da situação alimentar e nutricional da população adscrita, deverá ser então organizada a oferta de cuidados em alimentação e nutrição na perspectiva da integralidade e da longitudinalidade do cuidado, de forma a contribuir para sua continuidade, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários. Nesse sentido, a PNPS também tem sido considerada norteadora das ações de promoção da alimentação adequada e saudável (PAAS) na APS (BRASIL, 2010d).

As ações de PAAS estão pautadas na utilização de práticas referenciadas em metodologias ativas, caracterizadas pelo aumento da autonomia, concebendo o sujeito como um agente da transformação social capaz de desenvolver uma reflexão crítica sobre a realidade. Esses tipos de metodologias atuam como práticas pedagógicas inovadoras e rompem com a verticalidade, o autoritarismo e as desigualdades presentes na sociedade. Como exemplos, podemos citar, entre outros, a Rede Amamenta e Alimenta Brasil (inserida na Rede Cegonha), o incentivo ao cultivo de hortas e realização de oficinas culinárias, o programa Academia da Saúde e os grupos educativos (BARROS *et al*., 2013).

O processo de atendimento nutricional às gestantes não deve ser baseado apenas nos conhecimentos técnico-científicos; mais do que isso se espera que sejam desenvolvidas habilidades de relacionamento interpessoal, visando minimizar as dificuldades enfrentadas pela mulher e pelos profissionais frente às demandas objetivas e subjetivas que emergem da gestação, especialmente aquelas relacionadas à alimentação (AZEVEDO, 2004). A não percepção da mulher como sujeito, a escuta deficiente e o desconhecimento e desrespeito aos seus direitos reprodutivos constituem a base de uma assistência de má qualidade. Sendo

assim, o desenvolvimento de estratégias que visem melhorar a qualidade do processo da atenção no pré-natal, como ações de educação nutricional na gestação, com avaliação contínua, poderá contribuir para melhores resultados obstétricos (NAGAHAMA, 2006).

2.4. Estratégias para a implementação do pré-natal no âmbito da atenção primária à saúde

Apesar dos avanços tecnológicos na contemporaneidade, a prevenção de agravos e a promoção da saúde permanecem como questões ímpares para a manutenção da vida. A articulação da educação e da saúde permite o cuidado integral aos indivíduos, principalmente quando realizadas por meio de ações coletivas. Atividades em grupo propiciam encontros entre profissional e indivíduos que compartilham situações comuns no cotidiano da vida e tem como objetivo fomentar o diálogo e a troca de experiências e oportunizar reflexões que possibilitem aos usuários pensar sobre seus modos de vida, sem a intenção de controle. Como exemplo, períodos como gestação e puerpério podem ser considerados oportunos para o encontro de pessoas que necessitem refletir sobre temas específicos, como modificações no organismo da mulher, amamentação, sexualidade e cuidados com os recém-nascidos. Além de representarem oportunidades de acesso à informação e troca de experiências que contribuem para a promoção da saúde, as atividades em grupo também constituem espaços de humanização, cidadania e inclusão social (PEREIRA *et al*., 2011).

A educação em saúde participativa busca a construção cotidiana e coletiva dos processos educativos, nos quais se deve reconhecer como válidas as mudanças que os usuários se propõem e não apenas as esperadas pelo profissional, tendo em vista outras possibilidades de agir nos vários espaços da vida dos indivíduos. Para que sejam bem sucedidas, as ações de educação em saúde devem considerar não apenas os aspectos

biopsicossociais dos sujeitos, mas também suas percepções sobre a saúde e a doença bem como a cultura local (SANTOS *et al*., 2006).

No âmbito da APS, as atividades de grupos constituem uma alternativa/complementariedade para as práticas assistenciais. Estes espaços contribuem para o aprimoramento dos envolvidos, tanto em relação ao aspecto pessoal quanto o profissional, por meio da valorização dos diversos saberes e da possibilidade de intervir criativamente no processo de saúde-doença de cada indivíduo (DIAS, SILVEIRA e WITT, 2009).

É importante que a impalantação de estratégias de educação em saúde, como as atividades em grupo, seja acompanhada pelo processo de avaliação, de forma a determinar, de maneira sistemática e objetiva, os impactos das atividades realizadas na melhora das condições de saúde do indivíduo (DONABEDIAN, 1988).

De acordo com o histórico do processo de avaliação, as “quatro gerações” são definidas, a partir do início do século XX, de acordo com elementos predominantes nas metodologias utilizadas para avaliar programas e serviços. A primeira geração fora marcada pela mensuração e estava associada à avaliação do desempenho de escolares; a segunda, caracterizada pela descrição e pelo surgimento da avaliação de programas; a terceira, atrelada à introdução do julgamento de valor e, a quarta, apoiada na incorporação de elementos das outras três gerações e baseada na avaliação inclusiva e participativa (FURTADO, 2001).

Apesar da existência de diferentes definições para a avaliação, para Furtado (2001), alguns autores consideram que a literatura é consensual ao reconhecer que toda avaliação requer julgamento, ou seja, o ato de avaliar requer a emissão de um juízo de valor sobre uma intervenção. O julgamento, segundo Vieira-da-Silva (2005), também pode apresentar diversos significados, desde a atribuição de um juízo a um determinado fenômeno até uma análise do significado deste.

Scriven, em 1967, (*apud* WORTHEN *et al*., 2004) definiu avaliação como “julgar o valor ou mérito de alguma coisa”. A sua meta, de determinar o valor ou mérito de algo que esteja sendo avaliado, requer juízos de valor ou mérito e distingue-se, conceitualmente, de seus diversos usos. Para Worthen *et al*. (2004), entende-se como avaliação a determinação do valor ou mérito de um objeto de avaliação, independentemente do que esteja sendo avaliado e utiliza métodos de pesquisa e julgamento como, por exemplo, a determinação de padrões com vistas a julgar sua qualidade e concluir, dentre outros aspectos, se esses padrões devem ser relativos ou absolutos.

Apoiada nestas diferentes considerações sobre o ato de avaliar, a produção do julgamento de valor do objeto a ser avaliado constitui um elemento comum nestas definições, introduzido a partir do final da década de 1950 e constitutivo da chamada “terceira geração”. O julgamento irá acontecer a partir do confronto entre o objeto da avaliação e um referencial, como noções oriundas do “senso comum”, técnicas não sistemáticas de observação, análise e formulação de juízos de valor dicotômicos e simplificados, elaboração de uma pergunta não respondida ainda na literatura, ou até mesmo a partir da confrontação entre os objetivos iniciais do projeto, as normas profissionais, o desempenho de um programa ou outros referenciais não explicitados (VIEIRA-DA-SILVA, 2005; FURTADO; 2001).

Segundo Contandriopoulos *et al*. (1997:37, *apud* MINAYO, 2005), a pesquisa avaliativa: “pretende analisar a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção, assim como as relações existentes entre a intervenção e o contexto no qual se situa”. Em outras palavras, além da existência dos fundamentos científicos, os elementos de contexto são acrescidos ao processo normativo (MINAYO, 2005). Segundo Verani (2005), seu principal objetivo é produzir um conhecimento que possa nortear questões externas à pesquisa como viabilidade, disponibilidade de tempo, de recursos e outras demandas.

Como exemplos de uso da pesquisa avaliativa, podemos citar: *decidir se um programa vai ou não ser implementado; determinar o valor de um programa de qualificação profissional; melhorar um programa de treinamento; determinar o impacto de um programa; julgar a eficiência de um programa; identificar a contribuição de um programa para o incremento de lucros,* dentre outros aspectos (WORTHEN *et al*., 2004, p.42).

Uma das condições consideradas para seu desenvolvimento adequado é a imparcialidade do avaliador em relação ao objeto avaliado. Ainda que a metodologia predominante seja de caráter quantitativo, caracterizada por sua atuação em diferentes níveis da realidade e tendo como objetivo apresentar dados, tendências e indicadores observáveis, cada vez mais os métodos qualitativos são utilizados (MINAYO E SANCHES, 1993).

Apesar da variabilidade de sentidos, a aplicação do termo avaliação no campo das políticas e programas de saúde revela a diluição de um consenso sobre o seu significado na tentativa de se adequar ao escopo da intervenção ou da racionalidade científica em questão. Se por um lado, a avaliação da *qualidade* – conceito igualmente polissêmico – tende a focar de maneira acentuada, senão exclusiva, as dimensões objetiváveis, ou seja, aquelas passíveis de quantificação, excluindo a dimensão intersubjetiva propriamente humana, alguns autores, destacando-se Ayres, transcendem essa posição ao incorporar a subjetividade presente nas práticas em saúde na avaliação de programas e serviços, identificando duas modalidades de avaliação: a *avaliação normativa* e a *avaliação formativa* (BOSI E UCHIMURA, 2007; AYRES, 2004; UCHIMURA E BOSI, 2002).

A avaliação normativa refere-se à verificação do êxito técnico de ações em saúde, incluindo os produtos do trabalho na saúde, limitando-se à quantificação e privilegiando elementos formais de uma intervenção. Já a *avaliação formativa* está voltada ao julgamento do sucesso prático de uma ação em saúde. Isso implica em reconhecer os "*projetos de felicidade* que justificam e elucidam a realização do cuidado que se quer julgar", ou seja,

volta-se à dimensão subjetiva da qualidade, formulação análoga à concepção de *avaliação qualitativa* (BOSI E UCHIMURA, 2007; AYRES, 2004; UCHIMURA E BOSI, 2002).

Na avaliação qualitativa de processos de saúde são consideradas, portanto, a valorização das percepções dos atores, seja na sua criação ou implementação, sinalizadas como experiências complexas, materializadas nas relações estabelecidas com determinadas práticas em saúde; e das relações e representações como fatores fundamentais para o desempenho das ações. A abordagem antropológica é ponderada durante a análise da intervenção, assim como a utilização da triangulação de métodos (BOSI E UCHIMURA, 2007; MINAYO, 2005). As interfaces entre os dois planos – o subjetivo e a material – constituem eixo norteador para processos avaliativos que consideram aspectos formais da qualidade e incluem sujeitos cujas necessidades e demandas, assim como as interações entre si e com as estruturas, sejam cruciais nos processos de produção do cuidado em saúde (BOSI E UCHIMURA, 2007).

3. OBJETIVOS

3.1. Geral:

- Aplicar e avaliar um protocolo de cuidado nutricional pré-natal no contexto da Atenção Primária à Saúde, em uma Clínica da Família, na área de Manguinhos, Rio de Janeiro.

3.2. Específicos:

- Realizar uma revisão sistemática acerca do impacto da assistência nutricional pré-natal na APS na saúde materna e sobre os desfechos perinatais.

- Caracterizar os grupos de estudo segundo variáveis sociodemográficas, do cuidado pré-natal, clínicas, obstétricas e antropométricas;

- Analisar o contexto do pré-natal a partir do reconhecimento da situação espaço-temporal e do entendimento das interações sociais e institucionais no âmbito da APS.

- Avaliar a associação entre o cuidado nutricional pré-natal com a inadequação do ganho de peso gestacional e intercorrências maternas;

- Analisar os sentidos atribuídos pelas puérperas à intervenção aplicada.

4. MATERIAL E MÉTODOS

4.1. Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa e qualitativa, desenvolvido com gestantes/puérperas e seus respectivos recém-nascidos na região de Manguinhos, zona norte do município do Rio de Janeiro, e que buscou desvelar, por meio da complementaridade entre as metodologias, as dimensões biomédica e sociocultural da população estudada. A pesquisa ocorreu no período entre fevereiro/2011 e agosto/2015 e foi desenvolvida em três etapas distintas: investigação do perfil de saúde e nutrição das gestantes e seus recém-nascidos do contexto sócio-histórico das usuárias assistidas na região; aplicação da intervenção; avaliação do efeito da proposta de cuidado nutricional pré-natal no desfecho perinatal e dos sentidos e significados atribuídos pelas gestantes acerca da intervenção implementada

Os resultados foram apresentados em 4 artigos, sendo um deles de revisão sistemática, outro do tipo ensaio clínico e dois referentes à metodologia qualitativa.

4.2. Cenário da Pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida em uma clínica da família na região de Manguinhos, bairro situado na Zona Norte do município do Rio de Janeiro, na X Região Administrativa. A área é constituída por uma população de aproximadamente 31.535 habitantes, sendo a média de 2,8 pessoas por domicilio. Neste contexto, são identificadas 15 comunidades que compõe o território: Parque Oswaldo cruz, Parque Carlos Chagas, Nelson Mandela, Samora Machel, Mandela de Pedra, Vila Turismo, Parque João Goulart, Vila São Pedro, Conjunto Habitacional Provisório 2, Comunidade Agrícola de Higienópolis, Ex-combatente, Vila União e CCPL; esta, contemplada no PAC Manguinhos (FIOCRUZ, 2009).

Manguinhos é compreendido como um território de grande vulnerabilidade econômica e social (CARVALHO, 2012). No início da pesquisa, no ano de 2011, a região, com um dos piores índices de desenvolvimento humano (IDH – 0,726) da cidade (ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, 2013), era fortemente marcada por altos índices de violência, domínio do tráfico de drogas e pela ocupação de usuários de crack nas ruas. Apesar de atualmente a região ter demonstrado aumento do IDH (0,792), ocupando a 620ª posição entre as 2.229 unidades de desenvolvimento humano do município, Manguinhos ainda é considerada como uma área de vulnerabilidade social importante (ENGSTRON, FONSECA E LEIMANN, 2012). Tal situação propiciou barreiras no contato com a população e, consequentemente, dificuldades para o desenvolvimento da pesquisa. Por vezes, foi preciso cancelar idas à clínica, realização das rodas de conversa (intervenção) e o acompanhamento dos agentes comunitários nas visitas domiciliares em decorrência, principalmente, de embates entre policiais e traficantes de drogas.

O perfil epidemiológico do bairro de Manguinhos evidencia um declínio da taxa de fecundidade de 9,5% entre 2000 e 2006, passando de 2,1 para 1,9 filhos por mulher. Apesar desta redução, a dinâmica e a elevada taxa de nascimentos apontam para a importância de realizar ações para promover e cuidar da saúde da mulher, desde o planejamento familiar à concepção, parto e puerpério. Quanto à taxa de mortalidade infantil, verifica-se um discreto aumento de 8% do ano 2000 (23,9/1.000 nascidos vivos) para o ano de 2005 (25,8/1.000 nascimentos) e um decréscimo na taxa de mortalidade em menores de cinco anos no período de 2000 a 2006, variando de 32,4 para 15,9 mortes para cada 1000 nascidos vivos. Apesar da diminuição da mortalidade por doenças infecciosas (diarreia e pneumonia) neste grupo etário, ainda persistem mortes por grupo de doenças classificadas como evitáveis, devendo estas ser alvos de ações de saúde específicas de atenção ao grupo materno-infantil, promoção, prevenção e manejo adequado de agravos. Os indicadores da assistência ao pré-natal e parto

demonstram taxas elevadas e estáveis de baixo peso ao nascer, taxas elevadas de partos cesáreos (com valores em ascensão no grupo das adolescentes) e inadequação da atenção ao pré-natal (apenas metade das gestantes tem 6 ou mais consultas de pré-natal) (FIOCRUZ, 2009).

4.3. Grupos de estudo e coleta de dados

4.3.1. Etapa I

Abordagem quantitativa

Foi traçado o perfil de saúde e nutrição da população de puérperas e seus recém-nascidos atendidos em um centro de saúde em Manguinhos, na zona norte do município do Rio de Janeiro, por meio de consulta aos prontuários. Foram coletados dados dos prontuários de mulheres que tiveram filhos no período entre junho de 2008 e junho de 2010 e que foram atendidas no centro de saúde durante o pré-natal.

Foram coletadas informações referentes às variáveis sociodemográficas, história obstétrica, do cuidado pré-natal, avaliação nutricional materna e do recém-nascido. Os resultados encontrados (apêndice A) subsidiaram a construção do cuidado nutricional aplicado na etapa II.

Nessa etapa também foi feita uma busca bibliográfica eletrônica nas bases *Medline*, *Scopus*, *Web of Science*, *Lilacs* e *Cochrane Library*, com o intuito de realizar uma revisão sistemática acerca do impacto da assistência nutricional pré-natal na Atenção Primária à Saúde sobre desfechos perinatais.

Abordagem qualitativa

Ainda nessa etapa foi realizado um estudo qualitativo com os profissionais e as gestantes assistidas em uma CF na região de Manguinhos e no seu entorno, na zona norte do município do Rio de Janeiro, como abordagem de investigação científica no campo da pesquisa qualitativa. Foi utilizada a técnica da observação participante, na qual o investigador pode ter sua posição escolhida estrategicamente com o propósito de proporcionar perspectivas mais favoráveis na obtenção de dados. É sob a técnica da observação que a informação torna-se dado passível de ser estudado, combinado, comparado e, portanto, estabelece-se como um tipo empírico. Os dados da observação foram registrados em um diário de campo.

4.3.2. Etapa II

Abordagem quantitativa

Nessa etapa foi desenvolvido um ensaio clínico não randomizado controlado, com foco no cuidado nutricional, constituído por gestantes/puérperas e seus recém-nascidos atendidos em CF na região de Manguinhos, Zona Norte do município do Rio de Janeiro, no período entre 2012 e 2015. Todas as mulheres que atendessem aos critérios de inclusão pré-estabelecidos eram convidadas a participar das consultas coletivas e receber o cuidado nutricional estruturado. A partir dessa seleção, foram definidos dois grupos de estudo: o grupo intervenção (GI) e o grupo controle (GC).

–**Grupo Intervenção (GI):** constituído por gestantes e seus recém-nascidos, atendidos na CF no período entre fevereiro de 2012 e fevereiro de 2015. Como critérios de inclusão foram selecionadas as mulheres de gestação de feto único, com idade gestacional até 24 semanas, não portadoras de enfermidades crônicas com início prévio à gestação e que aceitassem

participar das consultas coletivas. Foram excluídas da amostra as gestantes moradoras de rua e as que tiveram aborto ou filho natimorto na gestação atual. Foram consideradas perdas da amostra as que se mudaram para outra região que não fosse coberta pela CF do estudo e que não apresentassem dados relativos ao puerpério. Esse grupo recebeu a intervenção e foi acompanhado até o puerpério. A avaliação do impacto do cuidado nutricional pré-natal nos desfechos de interesse foi realizada nas consultas de retorno, após o parto, por meio de entrevista com a equipe de pesquisadores e consulta à caderneta de saúde da criança e cartão da gestante. Para essa etapa foi solicitado o apoio dos agentes de saúde das equipes da ESF, de forma a facilitar a captação das puérperas.

– **Grupo Controle (GC):** constituído por gestantes e seus recém-nascidos atendidos na CF no período entre fevereiro de 2012 e fevereiro de 2015. Como critérios de inclusão foram selecionadas as mulheres de gestação de feto único, não portadoras de enfermidades crônicas com início prévio à gestação e que não foram integrantes do GI por não demonstrar intenção em participar das consultas coletivas. Foram excluídas da amostra as gestantes moradoras de rua e que tiveram aborto ou filho natimorto na gestação atual. Foram consideradas perdas da amostra as que mudaram-se para outra região que não fosse coberta pela CF do estudo e que não apresentassem dados relativos ao puerpério. Apesar deste grupo ter sido convidado a participar das consultas coletivas, por não demonstrar intenção em participar, não sofreu intervenção da equipe de pesquisadores (receberam apenas o cuidado pré-natal da CF) e os dados retrospectivos dos participantes foram coletados por meio de consultas aos prontuários.

As integrantes do GI foram captadas por meio de abordagem nas salas de espera, nas consultas de odontologia ou por encaminhamentos da equipe de saúde. Já as mulheres que compuseram o GC e que tiveram seus dados coletados por meio de prontuário, apesar de terem sido abordadas da mesma forma, foram selecionadas para compor o GC por não aceitarem participar das consultas coletivas (intervenção).

Ambos os grupos de estudo (GC e GI) receberam o cuidado pré-natal tradicional oferecido pela clínica da família, por meio de consultas individualizadas, baseado na avaliação diagnóstica, solicitação de exames complementares, prescrições, aconselhamento e encaminhamentos. Orientações nutricionais eram realizadas de maneira verbal e informal, de acordo com as demandas das gestantes.

No caso do GI, além do cuidado pré-natal tradicional, as mulheres receberam o cuidado nutricional, baseado em três consultas coletivas ao longo do pré-natal, caracterizados como “rodas de conversa” (RC). Os encontros foram estruturados da seguinte forma: avaliação do prontuário; avaliação nutricional; desenvolvimento de atividades educativas relacionadas à saúde e alimentação; entrega de material educativo.

Os dados coletados de ambos os grupos foram registrados em formulário próprio (anexo 1).

Intervenção

Diante dos principais problemas de saúde e nutrição das puérperas e seus recém-nascidos identificados na etapa I, da realização de revisão na literatura científica acerca do cuidado nutricional na gestação e da experiência acumulada do grupo de pesquisa na atenção à gestante, foi elaborada uma proposta de *cuidado nutricional* pré-natal a ser aplicada na CF, de forma a atender às necessidades do grupo em questão. Foi baseada na *avaliação nutricional* detalhada (antropométrica, dietética, clínica, funcional, bioquímica, sociodemográfica e obstétrica) e do prontuário que, por sua vez, forneceram subsídios para o *aconselhamento nutricional e dietético* (LÍBERA *et al*., 2011), levando-se em consideração o que a mulher pensa, como ela vive, seu cotidiano, suas representações sociais sobre o “estar grávida” e suas práticas alimentares. Foi previsto um calendário de 3 rodas de conversa,

sendo, preferencialmente, uma a cada trimestre gestacional e integradas ao calendário do pré-natal da unidade.

Avaliação nutricional

Avaliação Antropométrica:

As medidas maternas coletadas foram estatura, peso pré-gestacional informado ou medido antes da 14ª semana gestacional, peso gestacional atual e peso pré-parto ou da última consulta de pré-natal até 7 dias antes do parto.

A avaliação do estado nutricional pré-gestacional e a recomendação do ganho de peso de gestantes adultas (idade cronológica ≥20 anos) foram realizadas com base nas recomendações do *Institute of Medicine* (IOM, 2009 – anexo 2), o qual propõe faixas de ganho ponderal segundo IMC pré-gestacional, da *World Health Organization* (WHO, 1995 – anexo 2) e foi validada para gestantes brasileiras (Padilha *et al*., 2014). A definição do índice de massa corpórea (IMC) pré-gestacional foi obtida por meio da fórmula: IMC pré-gestacional = peso pré-gestacional (kg)/ altura (m^2).

A avaliação do estado nutricional pré-gestacional das gestantes adolescentes foi realizada com base nos pontos de corte do MS adaptados (BRASIL, 2008a) e a curva da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2007b), específicos para a idade materna em anos e meses. A adequação do ganho de peso foi avaliada conforme as faixas de ganho de peso, segundo o IMC pré-gestacional (IOM, 2009 – anexo 3).

Para as gestantes adultas e adolescentes com peso pré-gestacional desconhecido, foi calculado o IMC por semana gestacional (anexo 4) (BRASIL, 2006; ATALAH *et al*, 1997), sendo as recomendações de ganho de peso idênticas ao caso anterior.

Os dados maternos foram coletados durante o acompanhamento das gestantes nas consultas coletivas e no período pós-parto, por meio de entrevista com as mulheres e de consulta aos prontuários e cartão da gestante.

Avaliação Dietética

Ao longo dos encontros, foram questionadas as práticas alimentares das gestantes, visando à avaliação do padrão alimentar. Foram investigados o padrão e composição das refeições, interdições/crenças e intolerâncias alimentares, uso de produtos *diet ou light*, inclusão/exclusão de alimentos e práticas de picamalácia (SAUNDERS *et al*., 2009).

Avaliação Clínica

Foi investigada a presença de edema, sintomatologia digestiva, intercorrências gestacionais (diabetes gestacional, síndromes hipertensivas da gravidez, anemia, infecção urinária, entre outras) por meio de consulta aos prontuários e questionamento às gestantes e sinais e sintomas de carências nutricionais específicas (SAUNDERS *et al*., 2009).

Avaliação Funcional

Na avaliação funcional da deficiência de vitamina A, foi investigada a presença de cegueira noturna gestacional por meio de entrevista padronizada, segundo recomendações da OMS (WHO, 1996), validada para uso em gestantes brasileiras (SAUNDERS *et al*., 2005).

A entrevista consistiu em três perguntas: Dificuldade para enxergar durante o dia? Dificuldade para enxergar com pouca luz ou à noite? Tem cegueira noturna?

Foram considerados *casos* de cegueira noturna, aqueles em que a entrevistada relatou dificuldade em enxergar com pouca luz ou à noite durante o período gestacional e não apresentou dificuldade em enxergar durante o dia, ou seja, quando a resposta da pergunta 1 foi

Não e ao menos uma resposta das perguntas 2 ou 3 foram *Sim* (SAUNDERS *et al*., 2005; WHO, 1996). Caso a entrevistada apresentasse algum problema ocular corrigido por óculos ou lente de contato, foi questionada a capacidade de visão com o uso destes.

Avaliação bioquímica e dos exames complementares

Foram avaliados os exames de rotina previstos no cuidado pré-natal – glicemia de jejum e teste de tolerância à glicose, hemoglobina, proteínas séricas, urina e parasitológico, conforme os parâmetros preconizados pelo MS para o pré-natal (BRASIL, 2012a).

Avaliação sociodemográfica

Foram coletadas informações referentes à idade materna, situação marital, escolaridade, condições de moradia, atividade profissional, renda familiar *per capita* e cor da pele, por meio de consulta aos prontuários e entrevista às gestantes durante as consultas.

Aconselhamento nutricional e dietético

As técnicas de aconselhamento dietético no pré-natal foram incorporadas pela equipe, incluindo os seguintes princípios: conhecer a história de vida da gestante; saber ouvir; manifestar interesse; criar e manter vínculo; possibilitar o diálogo; comunicar em linguagem acessível; encorajar; fazer elogios e sugerir no lugar de impor (RODRIGUES *et al*., 2005; LÍBERA *et al.*, 2011).

A intervenção foi aplicada por nutricionistas treinadas visando à padronização dos procedimentos do protocolo do cuidado nutricional. Ao longo das consultas coletivas as gestantes eram informadas quanto ao diagnóstico nutricional e ganho de peso encontrados, com explicações sobre o que estes representavam, de forma a prover as devidas orientações para cada caso.

A gestante era orientada quanto à alimentação saudável, baseada no Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2008b), de acordo com as recomendações nutricionais, incluindo orientação por escrito sobre os grupos de alimentos que deveriam ser consumidos em cada refeição; alimentação na gravidez, orientação correta sobre o ganho de peso e ênfase nas fontes dietéticas de ferro, cálcio, vitamina C e A. Também eram feitas orientações sobre prevenção e tratamento de sinais e sintomas digestivos, intercorrências gestacionais, picamalácia, anemia e cegueira noturna gestacional. Dietas com restrição calórica não eram recomendadas na gestação, mesmo para as gestantes com ganho excessivo de peso. Além disso, a adesão ao uso de suplementos também era avaliada. Em todas as consultas eram entregues materiais educativos relacionados à saúde da mulher e da criança.

Além dos temas relacionados à alimentação e nutrição da gestante, foram abordados nas rodas de conversa assuntos como modificações corporais e psicossociais e desenvolvimento fetal, atividade física, saúde bucal, pós-parto e cuidados com o bebê, além de questões específicas demandadas pelas próprias gestantes, como insegurança familiar e conjugal e violência na comunidade, dentre outros. Pelo fato das rodas de conversa apresentarem caráter multidisciplinar, outros profissionais da clínica (médico, enfermeiro, assistente social, dentista, psicólogo) também eram convidados a participar dos grupos. Os materiais entregues à gestante foram as cartelas *Acompanhando o desenvolvimento da gravidez* e o *Livro de Bolsa de Mãe* (SANTOS, 2011; CASTRO, SANTOS e BAIÃO, 2013 – anexos 5 e 6).

Apesar de a intervenção ter sido coordenada por um nutricionista, espera-se que as RC também possam ser desenvolvidas por profissionais tanto do NASF quanto das ESF. O nutricionista, como apoiador do NASF, pode contribuir com a oferta de suporte técnico especializado à equipe interdisciplinar de saúde.

Estrutura das consultas coletivas

1°encontro (duração: 1 hora e 15 minutos)

Avaliação do prontuário

Avaliação nutricional da gestante

Início – temas:

O “estar grávida”

Preocupações quanto à gestação, modificações corporais e psicossociais e desenvolvimento fetal

Temas de nutrição: alimentação saudável, anemia, deficiência de vitamina A, prevenção e tratamento de sintomas digestivos, uso de suplementos nutricionais

Entrega de material educativo

Sugestão para o próximo encontro

2° encontro (duração: 1 hora e 15 minutos)

Avaliação do prontuário

Avaliação nutricional da gestante

Início – temas:

Atividade física

Saúde bucal

Tema de nutrição: alimentação saudável, cultura alimentar, interdições alimentares, uso de suplementos nutricionais

Entrega de material educativo

Sugestão para o próximo encontro

3° encontro (duração: 1 hora e 15 minutos)

Avaliação do prontuário

Avaliação nutricional da gestante

Início – temas:

Habilidades dos pais e construção da auto-estima

Assuntos referentes ao pós-parto, incluindo métodos contraceptivos e depressão pós-parto

Cuidados com o bebê

Tema de nutrição: amamentação, alimentação no puerpério, alimentação complementar, uso de suplementos nutricionais

Entrega de material educativo

Abordagem qualitativa

Nesta etapa também foram realizadas a aplicação e as análises das técnicas da observação participante e da entrevista do tipo semiestruturada (anexo 7) com as gestantes como parte da pesquisa qualitativa.

4.3.3. Etapa III

Abordagem quantitativa

Nessa etapa foram coletados dados referentes à avaliação do puerpério, incluindo variáveis obstétricas, do recém-nascido e do cuidado nutricional e pré-natal. A coleta de dados do GI foi realizada na primeira consulta e nas consultas subsequentes, incluindo as de pós-parto, por meio de entrevista com a equipe de pesquisadores treinados e de consulta à

caderneta de saúde da criança e cartão da gestante, enquanto que os dados retrospectivos dos participantes do GC foram coletados por meio de consultas aos prontuários.

Os seguintes desfechos foram comparados entre os grupos controle (GC) e intervenção (GI): adequação do ganho de peso gestacional total e desenvolvimento de intercorrências gestacionais.

Variáveis estudadas

As variáveis dependentes ou desfechos estudados foram: intercorrências gestacionais e inadequação do ganho de peso gestacional total.

As intercorrências gestacionais consideradas foram: síndromes hipertensivas da gestação (SHG), diabetes gestacional, anemia gestacional, infecção do trato urinário, oligodramnia e polidramnia, identificadas conforme os registros médicos e exames disponíveis nos prontuários ou cartões das gestantes (BRASIL, 2012a). A dosagem de hemoglobina <11g/dl foi adotada para diagnóstico de anemia (BRASIL, 2012a). Esta variável foi analisada de forma dicotômica, considerando as categorias com intercorrências (quando a gestante apresentava uma ou mais intercorrências) e sem intercorrências, e também categórica.

A avaliação antropométrica e do ganho de peso gestacional total foi feita com base nas medidas: peso pré-gestacional informado ou medido antes da 14ª semana gestacional, estatura e peso pré-parto ou da última consulta de pré-natal antes do parto. Calculou-se e avaliou-se o Índice de Massa Corporal (IMC) pré-gestacional (IOM, 2009) por meio da fórmula: IMC = peso pré-gestacional (kg)/ altura (m^2). Estimou-se o ganho de peso gestacional total por meio de subtração do peso pré-gestacional do peso pré-parto ou do registrado na última consulta pré-natal que ocorreu até no máximo 7 dias antes do parto. Esta variável foi analisada de

forma dicotômica, considerando as categorias ganho de peso adequado (ganho de peso gestacional total dentro das faixas recomendadas), segundo a idade gestacional ao parto (com base na ultrassonografia ou data da última menstruação - DUM), e ganho de peso inadequado (ganho de peso gestacional total abaixo ou acima das faixas recomendadas) (IOM, 2009).

As variáveis independentes analisadas foram: maternas - fatores socioeconômicos e ambientais, dados da assistência pré-natal e dados obstétricos.

As características socioeconômicas e ambientais analisadas foram: grau de instrução (até o ensino fundamental completo, ensino fundamental completo ou mais; a variável grau de instrução foi analisada nas formas dicotômica e estratificada), cor da pele (brancas ou pretas e pardas), situação marital (casada/vive com companheiro; não vive com companheiro), fumo na gestação (sim ou não), número de pessoas no domicílio (<4 ou ≥4). Todas essas variáveis foram analisadas de forma dicotômica.

Os dados da assistência pré-natal analisados foram: número de consultas de pré-natal (até 6 e 6 ou mais; a variável número de consultas de pré-natal foi analisada nas formas categórica e contínua); número de consultas coletivas (0 a 1, 2 ou 3; a variável número de consultas coletivas foi analisada nas formas categórica e contínua) e grupo de estudo (grupo intervenção - quando recebeu o cuidado nutricional, grupo controle - quando não recebeu cuidado nutricional; a variável grupo de estudo foi analisada na forma dicotômica).

Os dados obstétricos analisados foram: IMC pré-gestacional (IMC< 18,5Kg/m^2 – baixo peso, IMC entre 18,5 e 24,9Kg/m^2 – normal, IMC entre 25 e 29,9Kg/m^2 – sobrepeso e IMC ≥ 30,0Kg/m^2 – obesidade; a variável IMC pré-gestacional foi analisada nas formas categórica, contínua e estratificada), idade gestacional na primeira consulta de pré-natal (<16 semanas; ≥16 semanas) e história de aborto (sim ou não).

Tamanho amostral e análise estatística

A amostra foi selecionada por conveniência, não tendo sido definida *a priori*, sendo incluídas todas as gestantes/puéperas atendidas na CF em questão, durante um período de 3 anos (2012-2015), e que atendessem aos critérios de inclusão pré-estabelecidos.

Foram calculadas as medidas de tendência central, média e desvio padrão de variáveis contínuas. Inicialmente avaliou-se a semelhança entre os grupos de estudo no *baseline*, por meio da comparação das características sociodemográficas, obstétricas e do pré-natal, utilizando-se o teste Qui-quadrado e nível de significância de 5%. Na análise dos dados, testou-se a associação entre os possíveis determinantes das intercorrências gestacionais e inadequação do ganho de peso em gestantes, por meio da análise bivariada, estimando-se as *odds ratio* (OR) brutas com os intervalos de confiança (IC) de 95%, por meio da regressão logística simples.

Para a construção do modelo final as variáveis foram introduzidas considerando o valor de $P<0.25$ obtido na análise bivariada e variáveis identificadas como relevantes segundo achados científicos.

No modelo final, foram estimadas as OR ajustadas, com seus respectivos intervalos de confiança (IC) 95%, por meio da regressão logística, em que seus resultados foram expressos por meio dos OR brutas e ajustadas. As análises foram feitas no pacote estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) versão 21.

Qualidade dos dados

Para analisar a confiabilidade das informações obtidas no presente estudo, mediu-se a equivalência entre os resultados obtidos por pesquisadores diferentes, em um mesmo

prontuário, selecionados aleatoriamente (n=22). O coeficiente de correlação intraclasse (CCIC) e o *Kappa* (k) foram calculados para avaliar a concordância de variáveis ordinais ou contínuas e categóricas respectivamente, com intervalo de confiança (IC) de 95% (PEREIRA, 2005). Na interpretação dos índices de concordância considerou-se >0,61 como boa concordância (LANDIS e KOCH, 1977).

Abordagem qualitativa

A avaliação é uma etapa indispensável na elaboração das intervenções. Os resultados da avaliação podem contribuir para a tomada de decisões em busca de estratégias de maior efetividade e assegurar o cumprimento dos objetivos estabelecidos e o alcance das metas esperadas. A metodologia escolhida para a avaliação da percepção dos sujeitos da pesquisa foi a abordagem qualitativa, por meio das técnicas da observação participante e da entrevista semiestruturada (CRUZ NETO *et al*., 2002), aplicadas em uma subamostra de puérperas que participaram da aplicação da intervenção no grupo estudado.

A abordagem qualitativa pode ser definida como aquela que privilegia, de modo geral, a análise de microprocessos, por meio do estudo das ações sociais individuais e grupais, realizando um exame intensivo dos dados em profundidade, e se caracteriza pela heterodoxia no momento da análise (MARTINS, 2004). No contexto da metodologia qualitativa aplicada à saúde, emprega-se a concepção trazida das Ciências Humanas, segundo as quais não se busca estudar apenas o fenômeno em si, mas também entender seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas (TURATO, 2005).

O significado da palavra é caracterizado como “unidade de análise” da relação entre pensamento e linguagem, pois se o pensamento se vincula à palavra e nela se encarna, a palavra só existe se sustentada pelo pensamento. Segundo Vigotski, o significado é definido como uma generalização que reflete a realidade num processo distinto daquele que envolve o

sensorial e o perceptual, sendo concebida como o fundamento e a essência da palavra (GÓES E CRUZ, 2006).

O significado tem função estruturante: em torno do que as coisas significam, as pessoas organizarão de certo modo suas vidas, incluindo o cuidado com a própria saúde. Desta forma, dentro da área da saúde em particular, conhecer os significados dos fenômenos do processo saúde-doença é essencial para alguns aspectos, entre eles, promover maior adesão de pacientes e da população frente a tratamentos ministrados individualmente e de medidas implementadas coletivamente (TURATO, 2005).

O sentido é tematizado para estabelecer diferenças e relações entre linguagem interna e externa, as características funcionais e estruturais da fala para o outro e para si e salienta que as palavras não podem ser consideradas fora de seu acontecimento concreto, pois os diversos contextos de ocorrência fazem com que os sentidos sejam ilimitados, mostrando-se sempre inacabados (GÓES E CRUZ, 2006).

Na relação significado-sentido, o sentido é definido como:

> *a soma de todos os eventos psicológicos evocados na consciência graças a ela [palavra]. Portanto, o sentido é sempre uma formação dinâmica, variável, que tem diversas zonas de estabilidade diferente. O significado é apenas uma dessas zonas do sentido, a mais estável, coerente e precisa* (VYGOTSKI, 1993, p. 333).

Apesar de distintos em relação à forma e à ênfase, as metodologias quantitativa e qualitativa não se opõem nem se excluem, ao contrário, se complementam no propósito de desvelar, da forma mais completa possível, as facetas de dado fenômeno ou realidade social. Em muitas circunstâncias, a utilização de uma única abordagem pode não ser suficiente para retratar toda a realidade observada. Portanto, elas podem e devem ser utilizadas em tais circunstâncias, como complementares, sempre que necessárias à compreensão do fenômeno a

ser estudado (objeto da pesquisa) e que o planejamento da investigação esteja em conformidade (LANDIM *et al*., 2006).

Observação participante

Como abordagem de investigação científica da pesquisa qualitativa, a observação participante foi utilizada ao longo da primeira etapa do estudo, nas consultas do pré-natal em geral, nas rodas de conversa e nas visitas domiciliares, junto aos agentes comunitários de saúde. Nesta técnica o investigador pode ter sua posição escolhida estrategicamente, com o propósito de proporcionar perspectivas mais favoráveis para a obtenção de dados. É sob a técnica da observação que a informação se torna dado passível de ser estudado, combinado, comparado e, portanto, estabelece-se como um tipo empírico. Os dados da observação participante foram registrados em um diário de campo e utilizados na fase de análise dos dados (ANGROSINO E PÉREZ, 2000).

Esta etapa teve como propósitos valorizar os aspectos descritivos, as percepções pessoais do autor e focalizar a gestante como parte integrante da totalidade social, procurando compreender os sujeitos envolvidos no processo, suas interações e influências recíprocas, além do contexto espaço-temporal, de forma a subsidiar a análise sócio-histórica da pesquisa (FREITAS, 2002).

Apesar da possibilidade de se captar uma variedade de situações as quais não se teria acesso somente por meio de perguntas (LIMA, ALMEIDA E LIMA, 1999) realizadas às puérperas, a observação pode influenciar a percepção do observador em decorrência do seu envolvimento no meio (HAGUETTE, 1995). Logo, o exercício de proximidade e distanciamento do objeto se fez necessário e com vistas a minimizar essa influência.

Entrevista semiestruturada

Para a análise dos sentidos atribuídos pelas puérperas sobre o cuidado nutricional no pré-natal foram selecionadas mulheres que participaram da intervenção, captadas nas consultas de revisão do puérperio, na CF, ou por contato telefônico. A escolha das participantes foi por conveniência, sendo realizada apenas uma entrevista a cada dia, no período da manhã ou tarde, no horário mais conveniente à participação das mulheres, com duração aproximada de 40 – 50 minutos. A entrevista foi realizada, preferencialmente, no domicílio das mulheres e, quando não foi possível, por opção das próprias mulheres, foi aplicada nas dependências da Fiocruz. Optou-se por não realizá-las na CF devido à dificuldade de espaço e privacidade para realização da entrevista.

A construção dos dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada, pelo fato de oferecer todas as perspectivas possíveis para que o sujeito estudado alcançasse a liberdade e a espontaneidade necessárias em seus discursos, enriquecendo a investigação (TRIVIÑOS, 1987).

A entrevista foi gravada em aparelho digital e transcrita na íntegra, sem as convenções da língua padrão, de forma mais fidedigna possível, identificando os sujeitos com um codinome para preservar o anonimato, porém com registro de alguns dados necessários à caracterização da amostra. Dados da observação participante realizada durante as entrevistas foram registrados em um diário de campo de forma a complementar as falas das mulheres.

O desenvolvimento da entrevista decorreu a partir de questionamentos básicos, sustentados por teorias e hipóteses de interesse para o estudo, avançando para um amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que surgiram à medida que novas questões foram trazidas pelas mulheres. As questões abordadas no roteiro da entrevista foram: significados da gestação; acolhimento da gestante; acompanhamento no pré-natal; integração

profissional-gestante; e ações de alimentação e nutrição. O roteiro da entrevista encontra-se no anexo 5.

Pelo fato da pesquisa qualitativa não se basear em critérios numéricos, para garantir o cálculo amostral e sua representatividade, neste estudo não foi prevista uma amostragem, considerando-se a saturação[4] das falas para definição do número de participantes a compor o grupo a ser investigado (MORSE, 1994). A escolha das participantes foi por conveniência e foram considerados os sujeitos em número suficiente para que fosse possível a reincidência dos dados, sendo prevista a possibilidade de haver inclusões sucessivas de sujeitos até que seja possível uma discussão densa das questões da pesquisa (MINAYO, 2006).

Análise dos dados qualitativos

A análise dos depoimentos das mulheres e dos registros do diário de campo no pós-parto teve como referencial metodológico a Hermenêutica de Profundidade (THOMPSON, 2011) que preconiza a interpretação e compreensão das formas simbólicas nos vários contextos da vida social.

Apesar de não serem consideradas estágios isolados de uma análise sequencial, a Hermenêutica de Profundidade compreende três fases distintas: a *análise sócio-histórica*; a *análise formal ou discursiva*; e a *interpretação/re-interpretação*.

A primeira fase, a *análise sócio-histórica*, é caracterizada pela reconstrução das condições sociais e históricas de produção, circulação e recepção das formas simbólicas. Neste primeiro enfoque, cinco aspectos básicos dos contextos sociais são destacados, sendo que cada um sugere um nível de análise distinto:

[4] A amostragem por saturação teórica foi considerada como *"a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma certa redundância ou repetição* (DENZIN e LINCOLN, 1994 *apud* FONTANELLA, RICAS E TURATO, 2008), *não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados"* (FONTANELLA, RICAS E TURATO, 2008).

– as situações espaço-temporais: situações onde as formas simbólicas são produzidas (faladas, narradas, inscritas) e recebidas (vistas, ouvidas, lidas) por pessoas situadas em locais específicos, agindo e reagindo a tempos particulares e a locais especiais, fazendo com que a reconstrução desses ambientes seja uma importante fase da análise sócio-histórica.

– os campos de interação: espaços de posições onde as formas simbólicas estão situadas e que podem ser vistos como um conjunto de trajetórias que conjuntamente determinam algumas das relações entre pessoas e algumas das oportunidades acessíveis a elas. Dentro de campos de interação, as pessoas empregam vários tipos e quantidades de recursos ou "capital" disponível a elas, assim como uma variedade de regras, convenções e "esquemas" flexíveis. Esses esquemas não são regras muito explícitas e tácitas. Eles existem na forma de conhecimento prático, gradualmente inculcados e continuamente reproduzidos nas atividades comuns da vida cotidiana.

– as instituições sociais: situadas dentro de campos de interação, são vistas como um conjunto relativamente estável de regras e recursos, estabelecendo as relações sociais. "Analisar instituições sociais é reconstruir os conjuntos de regras, recursos e relações que as constituem, é traçar seu desenvolvimento através do tempo e examinar as práticas e atitudes das pessoas que agem a seu favor e dentro delas" (THOMPSON, 2011:367).

– a estrutura social: refere-se às assimetrias e diferenças relativamente estáveis que caracterizam as instituições sociais e os campos de interação. Demanda um nível de reflexão mais teórico, pois exige que o analista proponha critérios, categorias e faça distinções que ajudem a organizar e iluminar a evidência das assimetrias, diferenças e divisões sistemáticas da vida social.

– os meios técnicos de construção de mensagens e de transmissão: são os materiais pelos quais as formas simbólicas podem ser produzidas e transmitidas entre pessoas, como, por exemplo, conversas entre indivíduos, rádio ou televisão.

Na análise formal-discursiva o interesse primordial é a organização interna das formas simbólicas, com suas características estruturais, seus padrões e relações. Dentre as diferentes técnicas empregadas para a análise desta segunda fase, foi utilizada a Análise de Conteúdo Temática (ACT), adaptada de Bardin (1977). Esta fase foi organizada em duas etapas: a pré-análise e a exploração do material.

A pré-análise consistiu na organização propriamente dita do material a ser analisado por meio de atividades não-estruturadas como a leitura flutuante, a escolha dos documentos de análise como a constituição das *corpora* e a formulação de hipóteses e objetivos.

Na etapa da exploração do material se procedeu a codificação do material empírico, identificação dos temas centrais, subtemas, categorização e aglutinação dos "núcleos de sentido."

A terceira e última fase, a interpretação/re-interpretação, implicou em um procedimento de construção criativa de possíveis significados e que *"transcende a contextualização das formas simbólicas tratadas como produtos socialmente situados, e o fechamento das formas simbólicas tratadas como construções que apresentam uma estrutura articulada"* (THOMPSON, 2011, p.375-376).

5. QUESTÕES ÉTICAS

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – CEP/ENSP, constituído nos Termos da Resolução CNS n° 196/96 (BRASIL, 1998), sob o protocolo de pesquisa n° 238/10, em 16/02/2011(anexo 8). Ressalta-se que o estudo também atendeu aos aspectos éticos previstos na Resolução 466/2012.

As gestantes que atenderam aos critérios de inclusão e que aceitaram participar do estudo foram esclarecidas quanto aos objetivos e procedimentos e, após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE - anexo 9), constituíram o GI. No caso das gestantes adolescentes, foram incluídas as que mostraram interesse em participar e tiveram o termo de consentimento assinado por um responsável maior de idade. As mulheres que formaram o GC tiveram seus dados coletados por meio de consulta aos prontuários e, o pesquisador se comprometeu com a preservação da confidencialidade das informações coletadas dos prontuários das gestantes e dos seus recém-nascidos.

Em relação aos participantes da observação participante e entrevista semiestruturada, os mesmos também foram esclarecidos quanto ao estudo e só foram incluídos aqueles que aceitaram assinar o TCLE.

As mulheres que formaram o GC e GI tiveram seus dados coletados por meio de consulta aos prontuários, com o comprometimento da preservação da privacidade das participantes da pesquisa, assim como de seus respectivos recém-nascidos, por meio da manutenção total e absoluta do sigilo e confidencialidade em relação à identificação dos sujeitos do estudo e de seus dados coletados, conforme termo submetido ao CEP.

6. RESULTADOS

Os resultados serão apresentados sob a forma de quatro manuscritos apresentados a seguir.

Manuscrito 1

Cuidado nutricional pré-natal na atenção primária e resultado perinatal: revisão sistemática.

RESUMO

Baseando-se nos benefícios da nutrição para o binômio mãe-filho, objetivou-se realizar revisão sistemática acerca do impacto da assistência nutricional pré-natal na Atenção Primária sobre desfechos perinatais. Realizou-se busca eletrônica nas bases *Medline, Scopus, Web of Science, Lilacs* e *Cochrane Library* em agosto/2013. Utilizaram-se os descritores *Saúde pública; Assistência à saúde; Gravidez; Atenção primária à saúde; Nutrição em saúde pública; Nutrição materna; Nutrição pré-natal; Cuidado pré-natal; Alimentação; Centros de saúde; e Programa Saúde da Família,* além dos termos correspondentes em inglês. A qualidade metodológica dos estudos foi avaliada conforme escala de Jadad. Apenas seis estudos foram encontrados sobre o papel da assistência nutricional pré-natal no contexto da Atenção Primária à Saúde, sendo apenas um brasileiro. De acordo com a escala de avaliação, nenhum estudo obteve nota acima de 2, caracterizando os mesmos como de baixa qualidade. A assistência nutricional pré-natal na Atenção Primária à Saúde mostrou resultados satisfatórios na melhoria da qualidade da ingestão dietética das mulheres; diminuição da velocidade de ganho de peso para gestantes com excesso de peso pré-gestacional; elevação do peso ao nascer e redução do baixo peso ao nascer; diminuição da anemia gestacional; melhor adesão aos suplementos de ferro e ácido fólico. A assistência nutricional durante o pré-natal no contexto da Atenção Primária à Saúde pode ter grande valor para redução da morbimortalidade materna e infantil. No entanto, tendo em vista a escassez de publicações sobre o tema e a baixa qualidade metodológica dos mesmos, recomenda-se o desenvolvimento de novos estudos com maior rigor metodológico em sua execução.

Palavras chave: gravidez, atenção primária à saúde, nutrição pré-natal, saúde pública, revisão.

ABSTRACT

Considering the benefits of nutrition to the mother and child, the objective of this study was to conduct a systematic review of the impact of prenatal nutritional care in primary care on maternal health and perinatal outcomes. In august/2013 we conducted an electronic search, in Medline, Scopus, Web of Science, Lilacs and Cochrane Library. The methodological quality of the studies was evaluated according to the Jadad scale. Only six studies on the role of prenatal nutritional assistance in the context of Primary Health Care were found, and only one was Brazilian. According to the rating scale used, no study scored over 2. Prenatal nutritional care within the primary care showed satisfactory results in improving the quality of dietary intake (higher consumption of vegetables and meats); decrease in the rate of weight gain for pregnant women with pre-pregnancy excess weight; increase in birth weight and reduction of low birth weight; decreased gestational anemia; best use of iron and folic acid supplements. Nutritional support during prenatal care in the context of primary care can be a great value for the reduction of maternal and infant morbidity and mortality. As the results are still insufficient, new studies with greater methodological rigor in execution are recommended.

Keywords: pregnancy, primary health care, prenatal nutrition, public health, review.

INTRODUÇÃO

Em todo o mundo, aproximadamente 287 mil mulheres morrem anualmente em decorrência de complicações na gravidez, parto e puerpério[1]. A redução da mortalidade materna no Brasil é o quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio – ODM[2] e o Ministério da Saúde (MS)[3] assumiu como meta a redução das taxas de mortalidade materna e neonatal em 75% até 2015 (35 óbitos maternos/100.000nv). Segundo o último relatório nacional dos ODM[4], o indicador caiu 55% entre 1990 e 2011, de 141 para 64 óbitos por 100 mil, ainda distante da meta fixada para 2015.

A morbidade materna antecede e está fortemente associada à mortalidade infantil. Nessa perspectiva, a assistência pré-natal adequada, com detecção e intervenção precoce das situações de risco, bem como a qualificação da assistência ao parto, constituem determinantes dos indicadores de saúde do binômio mãe-filho, com o potencial de reduzir as principais causas de mortalidade materna e neonatal[3].

No contexto da saúde pública no Brasil, a atenção ao pré-natal e puerpério encontra-se inserida nas ações da Política Nacional de Atenção Básica voltadas para a Saúde da Mulher[5]. A Atenção Primária à Saúde (APS) deve ser o contato preferencial, a principal porta de entrada e centro de comunicação das gestantes com toda a Rede de Atenção à Saúde[5,6].

Como componentes do trabalho interdisciplinar na APS, é oportuno destacar as ações de alimentação e nutrição, em quaisquer formas de intervenção (grupos educativos multidisciplinares, desenvolvimento de oficinas culinárias, incentivo ao cultivo de hortas na comunidade, dentre outros) como estratégias indispensáveis a todo programa cuja finalidade seja elevar a qualidade de vida da população a partir do princípio da integralidade[7]. A incorporação e consolidação de ações de nutrição e alimentação na APS ainda se justificam

pela sua relação direta com doenças crônicas não transmissíveis e objetiva contribuir para a qualificação e resolubilidade da atenção à saúde da população[8].

A Organização Mundial da Saúde (OMS)[9] propõe um conjunto de intervenções direcionadas à melhoria da saúde materna, do recém-nascido e da criança, e destaca a intervenção nutricional como uma estratégia pré e pós-natal, incluindo a avaliação do estado nutricional e monitoramento de carências nutricionais. No Brasil, a organização da atenção nutricional nos serviços de saúde é uma das diretrizes da atual Política Nacional de Alimentação e Nutrição – PNAN[5]. O MS[5] indica a necessidade da melhor organização dos serviços de saúde para atender às demandas geradas pelos agravos relacionados à nutrição, tanto em relação ao seu diagnóstico e tratamento quanto à sua prevenção e à promoção da saúde, especialmente dos grupos mais vulneráveis, como o materno-infantil.

No âmbito da assistência pré-natal, a importância do cuidado nutricional também tem sido sugerida por meio de trabalhos que evidenciam a grande demanda por assistência nutricional, a influência do estado nutricional materno nos desfechos para a mulher e para o recém-nascido, assim como a associação positiva entre o cuidado nutricional e a adequação no consumo de energia e nutrientes[10,11].

Apesar do crescente número de trabalhos que confirmam os benefícios da nutrição adequada sobre o resultado da gestação[10,11], ainda são poucos os estudos que tratam sobre o perfil de saúde e nutrição e qualidade da assistência em gestantes e puérperas atendidas na abrangência da APS, considerada como local privilegiado para a conjugação de ações intersetoriais e interdisciplinares e para a implementação de estratégias que visem à melhoria do perfil de saúde e nutrição da população[6].

.Tendo em vista a relevância da assistência nutricional no pré-natal, a carência de estudos que avaliem as várias dimensões do seu processo e a importância da APS na ampliação da cobertura da assistência pré-natal, o objetivo deste artigo foi realizar uma

revisão sistemática acerca do impacto da assistência nutricional pré-natal na APS na saúde materna e sobre os desfechos perinatais.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica sistemática na qual foram adotadas as recomendações do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis* (PRISMA *Statement)*[12].

Dois pesquisadores executaram, de forma independente, a busca pelas publicações (BDL e PARN), nos seguintes idiomas: português, espanhol e inglês. A busca foi realizada nas bases de dados *Medline, Scopus, Web of Science* e *Lilacs*, durante o mês de agosto de 2013. Os termos utilizados para seleção das publicações deveriam estar contidos no DeCS (Descritores em Saúde), para os termos em português, e no MeSH (Medical Subject Headings), para aqueles em inglês. Os termos em português foram: *Saúde pública - Assistência à saúde – Gravidez - Atenção primária à saúde - Nutrição em saúde pública - Nutrição materna - Nutrição pré-natal - Cuidado pré-natal – Alimentação - Centros de saúde - Programa Saúde da Família*; e os em inglês compreenderam: *Public health - Delivery of health care - Delivery of health care, integrated – Pregnancy - Primary health care - Nutrition public health - Maternal nutrition physiological phenomena - Prenatal nutrition physiological phenomena - Prenatal care – Feeding – Dietetics - Community health centers - Family Health Program*. O operador booleano OU/OR foi utilizado pois diminui o possível viés de seleção de publicações. Foram utilizados os filtros de busca: “ensaio clínico controlado” (*Lilacs*), “clinical trial” (*Medline*) e “articles” (*Scopus* e *Web of Science*).

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: estudos originais, do tipo ensaio clínico ou quase-experimental (devido à escassez de ensaios clínicos sobre o assunto), publicados nos últimos 15 anos, com amostra de gestantes adultas; a assistência pré-natal inserida em nível da atenção primária à saúde, sendo a assistência nutricional empregada concomitantemente ao pré-natal rotineiro da gestante; e estudos com aprovação por Comitê de

Ética em Pesquisa (CEP). Foram excluídos estudos com gestantes adolescentes, gestação de mais de um feto e ainda aqueles que avaliaram outras estratégias de intervenção simultaneamente à atenção nutricional.

Após a busca nas bases, iniciou-se a leitura dos títulos, identificando as duplicatas e estudos com animais. Em seguida, para as publicações selecionadas, procedeu-se a leitura dos resumos e seleção de artigos completos disponíveis para análise mais aprofundada. Em ambas as etapas os estudos escolhidos foram avaliados conforme os critérios de inclusão/exclusão. Todos os artigos selecionados nesta etapa tiveram suas listas de referências consultadas de modo a identificar e incluir as publicações que não foram encontradas por meio da busca nas bases de dados. Além disso, foi feita uma busca na *Cochrane Library* para identificar as revisões sistemáticas e meta-análises relacionadas ao assunto para uma posterior consulta a suas listas de referências, o que permitiu a busca de novos artigos. Os impasses na seleção dos trabalhos foram discutidos entre os dois autores, alcançando-se um consenso por meio da consulta de um terceiro, quando necessário.

Valores de $p<0,05$ e/ou intervalo de confiança 95%, onde o valor 1 não estivesse inserido dentro do intervalo, foram considerados como resultados significativos. A avaliação da qualidade metodológica das publicações foi conduzida com o uso da escala de Jadad[13]. Esta escala avalia a qualidade de ensaios clínicos, com base em informações sobre a randomização, mascaramento do estudo e perdas amostrais e varia de 0 a 5 pontos, considerando estudos de alta qualidade aqueles com pontuação maior que 3. Esta revisão sistemática foi registrada no *National Institute of Health Research* (NIHR) – *International Prospective Register of Systematic Reviews* (PROSPERO), sob o código CRD42013005389[14]. Como é uma pesquisa apenas de cunho bibliográfico, com uso apenas de bases de dados de livre acesso, a mesma não foi submetida a um CEP.

RESULTADOS

A estratégia de busca identificou 142 artigos para análise dos resumos. Desses, após a leitura dos resumos, 94 foram excluídos por não preencherem os critérios de inclusão/exclusão, sendo 48 estudos considerados elegíveis. Por fim, após leitura completa e segundo os critérios de elegibilidade, 6 publicações foram selecionadas para serem incluídas no presente estudo. Detalhes do processo de seleção dos artigos estão contidos na figura 1.

O tamanho amostral dos artigos variou entre 20 e 14.952 gestantes, sendo os mesmos conduzidos no Brasil[15] (n=1), Egito[16] (n=1), Estados Unidos[17,18] (n=2) e Índia[19,20] (n=2). Com relação ao idioma, o inglês foi predominante, com cinco publicações, e apenas um artigo estava em português. Sobre a qualidade metodológica das publicações, avaliada pela escala de Jadad[13], a nota máxima alcançada foi 2, o que revela que as mesmas apresentaram um desempenho ruim (tabela 1). Contudo, autores de alguns desses artigos justificam importantes pontos avaliados pela escala como limitações que os impossibilitaram de realizar procedimentos que melhorariam tal avaliação como o desenho de estudo quase-experimental[19,20] e a dificuldade de um delineamento experimental com um método adequado de randomização[19,20].

Em um dos estudos[20] conduzidos na Índia, a faixa etária das participantes também abrangeu indivíduos com 17 anos. Entretanto, como não houve nenhuma especificação quanto à quantidade de voluntárias com esta faixa etária (apenas relatou-se que 20% eram menores de 20 anos) e pelo fato da maturidade biológica e fisiológica destas mulheres poder ser comparada a de uma gestante adulta[3], este estudo permaneceu na análise final por considerarmos como um número pequeno de adolescentes. Segundo o MS[3], para adolescentes que engravidaram dois ou mais anos depois da menarca (em geral, maiores de 15 anos), a interpretação dos achados é equivalente à das adultas.

Na tabela 2 estão apresentadas, sucintamente, algumas características dos estudos desta revisão. Uma questão comum entre os artigos é o fato de o objetivo principal ter sido avaliar o impacto de programas de nutrição, durante o pré-natal, sobre intercorrências gestacionais e neonatais, além de melhorias na qualidade da dieta das mulheres residentes em locais de baixo nível socioeconômico, que receberam a intervenção proposta.

Os estudos de Ahrari *et al.*[16] e Baqui *et al.*[20] também incluíram como intervenção a distribuição de refeições balanceadas durante os encontros educativos, considerando que se tratavam de mulheres em situação de pobreza.

Em todos os estudos, os grupos considerados como controles (GC) receberam cuidados pré-natais rotineiros, nos quais informações e aconselhamento nutricional poderiam ser dispensados pelas equipes de pré-natal como parte da rotina. A intervenção educativa centrou-se em questões como: conceitos básicos de nutrição, alimentação e necessidades de nutrientes durante a gestação, ganho de peso gestacional, preparo e higiene dos alimentos, anemia, cuidados com a alimentação e saúde dos recém-nascidos e aleitamento materno. Em todos os estudos a suplementação com ferro e ácido fólico foi administrada a todas as participantes.

Características de base entre os grupos foram comparadas pelos autores, não sendo encontradas diferenças entre os grupos intervenção e controle. Apenas Widga *et al.*[18] relataram diferenças étnicas entre as envolvidas no estudo, com semelhança para as demais variáveis.

Ingestão dietética materna

Os estudos de Ahrari *et al.*[16], Briley *et al.*[17], Widga *et al.*[18] e Noronha *et al.*[19] avaliaram como o aconselhamento materno afetou o nível de conhecimento sobre alimentação e também a ingestão de alguns grupos de alimentos, energia e nutrientes específicos. Todos os

estudos apresentaram resultados favoráveis quanto à melhoria da qualidade da alimentação das gestantes que receberam a intervenção nutricional no pré-natal. O consumo de alimentos proteicos e de vegetais aumentou consideravelmente, assim como a ingestão de energia e de alguns micronutrientes importantes como ferro, folato, cálcio, vitamina B6 e zinco, comparando-se o período pré e pós-intervenção nos estudos de Ahrari *et al*.[16] e Widga *et al*.[18] ($p<0.01$) e com o GC em Noronha *et al*.[19] ($p<0.0001$). No estudo de Briley *et al*.[17] apenas o consumo de ferro foi significativamente maior pré e pós-intervenção, sendo que no GC não houve diferença no consumo ($p<0.01$).

Estado nutricional materno e ganho de peso gestacional

Apenas dois estudos abordaram questões relacionadas ao impacto da intervenção sobre características antropométricas maternas[15,17]. Briley *et al*.[17] apontaram que o ganho de peso gestacional total para as voluntárias dos grupos intervenção e controle adequou-se à faixa de normalidade, conforme as recomendações do *Institute of Medicine*[21], sendo o ganho médio de 11,5 Kg±6,3 no grupo intervenção e de 15,2 Kg±5,1 no controle. Porém, esta diferença não foi estatisticamente significativa.

Vítolo *et al*.[15] apresentaram uma avaliação mais detalhada do efeito da intervenção sobre tais desfechos antropométricos. Os autores pontuam que a intervenção não apresentou nenhum impacto sobre o estado nutricional das gestantes atendidas em uma unidade básica de saúde no Sul do Brasil, considerando que, na primeira entrevista, 36% das gestantes apresentavam excesso de peso gestacional e que, na última, esse número subiu para 46%. Todavia, foi possível observar que o ganho de peso gestacional médio entre a primeira e a última entrevista, de acordo com as recomendações de ganho de peso gestacional baseadas no estado nutricional pré-gestacional, foi significativamente menor apenas para as gestantes com

excesso de peso que receberam a intervenção (342,2g±143,6) em comparação com os controles (420,2±185,4) (p<0.01).

Esses autores também apontaram que o risco de as gestantes que apresentavam excesso de peso na primeira entrevista ganharem mais de 10 Kg durante a gravidez, foi menor para o grupo intervenção (RR=0.4; IC 95%=0.19-0.96)[15].

Intercorrências gestacionais e neonatais

Somente o estudo de Vítolo *et al.*[15] abordou o impacto da intervenção nutricional pré-natal sobre o desenvolvimento de intercorrências no binômio mãe-filho. Foram observadas menores prevalências de diabetes gestacional, hipertensão gestacional, prematuridade e baixo peso ao nascer (BPN) no grupo que recebeu orientações nutricionais, sendo que tal assistência exerceu um efeito protetor contra tais intercorrências clínicas (RR=0.3; IC 95%=0.21-0.66).

Anemia materna

O programa de intervenção nutricional pré-natal mostrou-se eficaz em melhorar as concentrações de hemoglobina materna, como aponta Noronha *et al.*[19]. O grupo experimental apresentou prevalência de anemia (hemoglobina <11 mg/dL) inferior ao grupo comparação (p<0.00001). Vale destacar que o uso de suplementação foi semelhante entre os grupos, mas constatou-se que a anemia entre as que usaram corretamente o suplemento foi inferior às que não o fizeram adequadamente[19].

Desfechos neonatais

O programa de assistência nutricional avaliado por Baqui *et al.*[20]. incluía visitas ao longo da gestação e também no puerpério, sendo que as gestantes avaliadas dentro de 28 dias pós-parto apresentaram uma relevante redução nos óbitos neonatais (grupo intervenção: 35.7

mortes neonatais/1.000 nascidos vivos [IC 95%= 29.2-42.1]; grupo controle: 53.8 mortes neonatais/1.000 nascidos vivos [IC 95%= 48.9-58.8])[20]. No entanto, não houve distinção entre os grupos, entre as gestantes que receberam apenas uma visita do programa avaliado durante o pré-natal, conforme Baqui *et al.*[20].

Em estudo conduzido nos Estados Unidos, Briley *et al.*[17] avaliaram se a intervenção nutricional teria impacto contra o BPN em gestantes de baixa renda com descendência africana. Verificou-se que o peso ao nascimento foi maior no grupo intervenção (3.54 Kg±0.4) em contraste com o controle (3.06 Kg±0.5) (p<0.05). Widga *et al.*[18] mostraram que a intervenção apresentou efeito positivo contra o BPN, apontando ainda, por meio de um modelo de regressão, que as variáveis peso materno pós-parto, índice de massa corporal (IMC) pré-gestacional, número de consultas com nutricionista e mudanças na ingestão energética (pré e pós- intervenção) foram responsáveis por 65% da variação do peso ao nascimento. Ainda nesse estudo, o número médio de consultas com nutricionista foi de 8±1[18].

Por fim, no Egito, Ahrari *et al.*[16] demonstraram como um programa nutricional durante o pré-natal pode trazer importantes resultados em populações de baixa renda. Comparando o peso ao nascer entre os grupos pré e pós- intervenção, verificou-se aumento na média do peso ao nascer no grupo intervenção em contraste com o controle (0.58 Kg e 0.26 Kg, respectivamente; p<0.01). A prevalência de BPN foi de 2.6% no grupo intervenção e de 6.9% no controle (p<0.01). Examinando apenas as mulheres consideradas de maior risco para o BPN, o peso ao nascimento foi maior entre as que foram alvo da intervenção do que as integrantes na área de comparação (3,23 Kg e 3,01 Kg; p<0.01). Ainda nesse estudo, apenas a ingestão de ferro e folato foram significativamente associadas com o peso ao nascer[16].

DISCUSSÃO

A assistência pré-natal estruturada de forma a atender às necessidades das gestantes é fator primordial para a prevenção e tratamento precoce de enfermidades que podem afetar a integridade do binômio mãe-filho[3,22]. A alimentação e nutrição adequadas influenciam o resultado da gestação, diminuindo a morbimortalidade materna e infantil[10]. Nesse contexto, a APS deve ser a porta de entrada preferencial da mulher para o pré-natal, incluindo o cuidado alimentar e nutricional[3].

Com base nos achados desta revisão sistemática, pode-se afirmar que são poucas as publicações referentes ao objetivo do estudo, sobretudo em nível nacional. Isso talvez possa ser respaldado pelo fato de muitos estudos considerados elegíveis, em princípio, terem avaliado a suplementação de micronutrientes, probióticos ou prática de atividade física e de não terem sido realizados no âmbito da APS, levando à exclusão dos mesmos.

Alguns fatores limitantes devem ser elucidados, pois podem, de alguma maneira, enfraquecer as conclusões desta revisão. Dentre tais fatores, a grande variação no tamanho amostral entre as publicações e a má qualidade metodológica dos trabalhos contribuíram para impedir a generalização dos resultados encontrados. Porém, deve-se destacar que a adoção da suplementação com ferro e ácido fólico a todas as participantes nos estudos possa ter minimizado eventuais vieses. Contudo, os resultados alcançados nesta revisão são de importante valor, principalmente para o fortalecimento das ações de nutrição para gestantes na APS.

Quanto à ingestão dietética materna, todos os trabalhos demonstraram que a intervenção nutricional melhorou a qualidade da alimentação das mulheres, seja por meio do consumo energético ou de alimentos ricos em micronutrientes. As deficiências nutricionais são reconhecidas como fatores que interferem no desenvolvimento da gravidez e,

consequentemente, no peso ao nascer[22]. A alimentação deficiente favorece o surgimento de carências nutricionais, podendo contribuir para a morbidade materna[24].

A qualidade da alimentação e o aporte inadequado de energia e micronutrientes podem trazer sérias complicações na gestação[25]. As carências de micronutrientes são reconhecidas como um problema emergente e de caráter global, especialmente para o grupo materno-infantil, destacando-se as deficiências de ferro, iodo, vitamina A e ácido fólico[26,27]. Diante das repercussões trazidas pelas microdeficiências para saúde da mulher e criança, a intervenção nutricional, seja por meio da suplementação nutricional, fortificação de alimentos ou diversificação alimentar, deve fazer parte do conjunto de estratégias previstas para a melhoria da saúde e redução das taxas de morbimortalidade materno-infantil[3,27]. Considerando os prejuízos que a anemia pode trazer para o desfecho obstétrico favorável, esta revisão apresentou resultados favoráveis para sua diminuição na gravidez, reforçando que práticas simples podem auxiliar outras já empregadas, como a suplementação com ferro e ácido fólico.

No que diz respeito ao estado nutricional materno e ganho de peso na gestação, apenas dois estudos abordaram o tema, sendo os resultados de Vítolo *et al*.[15] mais significativos para gestantes com excesso de peso. Os autores observaram que a intervenção reduziu o risco das mulheres nessa condição, na primeira entrevista, ganharem mais de 10 Kg ao longo da gravidez. Esse resultado tem grande relevância pelo fato de estudos apontarem que o IMC pré-gestacional elevado está associado a desfechos adversos. Para o feto, é observado maior risco para macrossomia e, no caso das gestantes, estas se tornam mais suscetíveis à pré-eclâmpsia, diabetes gestacional, prematuridade e cesáreas não-eletivas[28]. De maneira semelhante, o ganho de peso excessivo tem sido associado ao maior risco de hipertensão arterial gestacional, e macrossomia[22,29], enquanto que o ganho insuficiente associa-se ao nascimento de crianças pequenas para a idade gestacional[28].

Diante do panorama atual caracterizado pelo aumento da obesidade em mulheres em idade reprodutiva, diversos esforços têm sido sugeridos em prol da saúde do binômio mãe-filho[21]. Recentemente, o *Institute of Medicine*[21] divulgou novas recomendações para ganho de peso durante a gestação, com base no IMC pré-gestacional, sustentadas na proposta publicada originalmente em 1990 e revisada em 1992. Além disso, tal cenário permitiu que o *Institute of Medicine*[21] e a *American Dietetic Association*[30] ressaltassem a importância da intervenção dietética e da prática de atividade física para este grupo, em nível individual e coletivo, de forma a amenizar os efeitos deletérios do excesso de peso na gestação, ações fortemente relacionadas às estratégias preconizadas pela APS[31].

Sobre o impacto da intervenção nutricional pré-natal no desenvolvimento de intercorrências no binômio mãe-filho, as menores prevalências de hipertensão e diabetes gestacionais, prematuridade e BPN ocorreram no grupo que recebeu orientações nutricionais, conforme Vítolo *et al*.[15], apontando para um melhor desfecho obstétrico.

A significância desse achado reside na questão das consequências que as intercorrências gestacionais podem trazer para a saúde materno-infantil. A hipertensão arterial é considerada como um dos principais problemas na gestação e principal causa de morbimortalidade materna e perinatal[32], podendo estar associada à prematuridade, recém-nascidos pequenos para a idade gestacional, síndrome respiratória e índice de Apgar baixo no 1º e 5º minutos[33]. O diabetes gestacional encontra-se associado a complicações maternas como pré-eclâmpsia e predispõe a mulher ao desenvolvimento do diabetes tipo 2 após o parto. Além disso, a hiperglicemia materna pode resultar na hiperinsulinemia fetal, levando à macrossomia, além de obesidade e resistência insulínica na infância[34].

O peso ao nascer foi a principal variável de desfecho investigada e em todos os estudos foi observado que esse foi maior entre os recém-nascidos do grupo que recebeu a intervenção durante o pré-natal na APS. Tal resultado aponta para o possível efeito protetor

que a nutrição pré-natal traz contra o BPN e suas possíveis consequências, como maior risco de infecções, restrição do crescimento e do desenvolvimento cognitivo, mortalidade infantil e desenvolvimento de doenças crônicas na vida adulta[25,34].

Com base nesses achados, a realização de estudos que tenham como objetivo avaliar o processo da atenção nutricional pré-natal na APS tem sido estimulada, considerando-se a necessidade de identificar as lacunas assistenciais, de forma a promover melhoria da qualidade da atenção à saúde da mulher. Neste sentido, ressalta-se a necessidade de maior incentivo ao desenvolvimento e publicação de trabalhos que avaliem a terapêutica, os protocolos de atendimento e os modelos de intervenção desenvolvidos no nível primário de atenção à saúde, bem como a avaliação de processo e de impacto de programas e serviços de saúde[11].

Acredita-se que os resultados desta revisão possam contribuir para identificar os progressos e os problemas assistenciais que demandam atenção da rede de saúde pública com intuito de cumprir os princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher. Outro aspecto relevante será a produção de evidências científicas que possam fornecer informações e subsídios relevantes para implementação de intervenções que garantam a qualidade da gestação, parto e puerpério.

CONCLUSÃO

Diante desses resultados, verificamos que a assistência nutricional durante o pré-natal no contexto da APS pode ter um grande valor para redução da morbimortalidade materna e neonatal, tendo em vista que problemas comuns que afetam a saúde das gestantes como a inadequação do ganho de peso, anemia, hipertensão e diabetes gestacionais apresentaram redução com as intervenções propostas nas pesquisas. No entanto, os resultados ainda são insuficientes para se chegar a qualquer consenso. Poucos foram os estudos encontrados sobre o tema e todos apresentaram baixa qualidade metodológica segundo a avaliação da qualidade dos trabalhos realizada no presente artigo, demonstrando escassez de publicações na área e revelando campo fecundo para novos estudos com metodologia apropriada. Sendo assim, ensaios clínicos, conduzidos com rigor metodológico e que avaliem essa intervenção devem ser elaborados para que mais evidências possam reforçar os propósitos aqui apresentados.

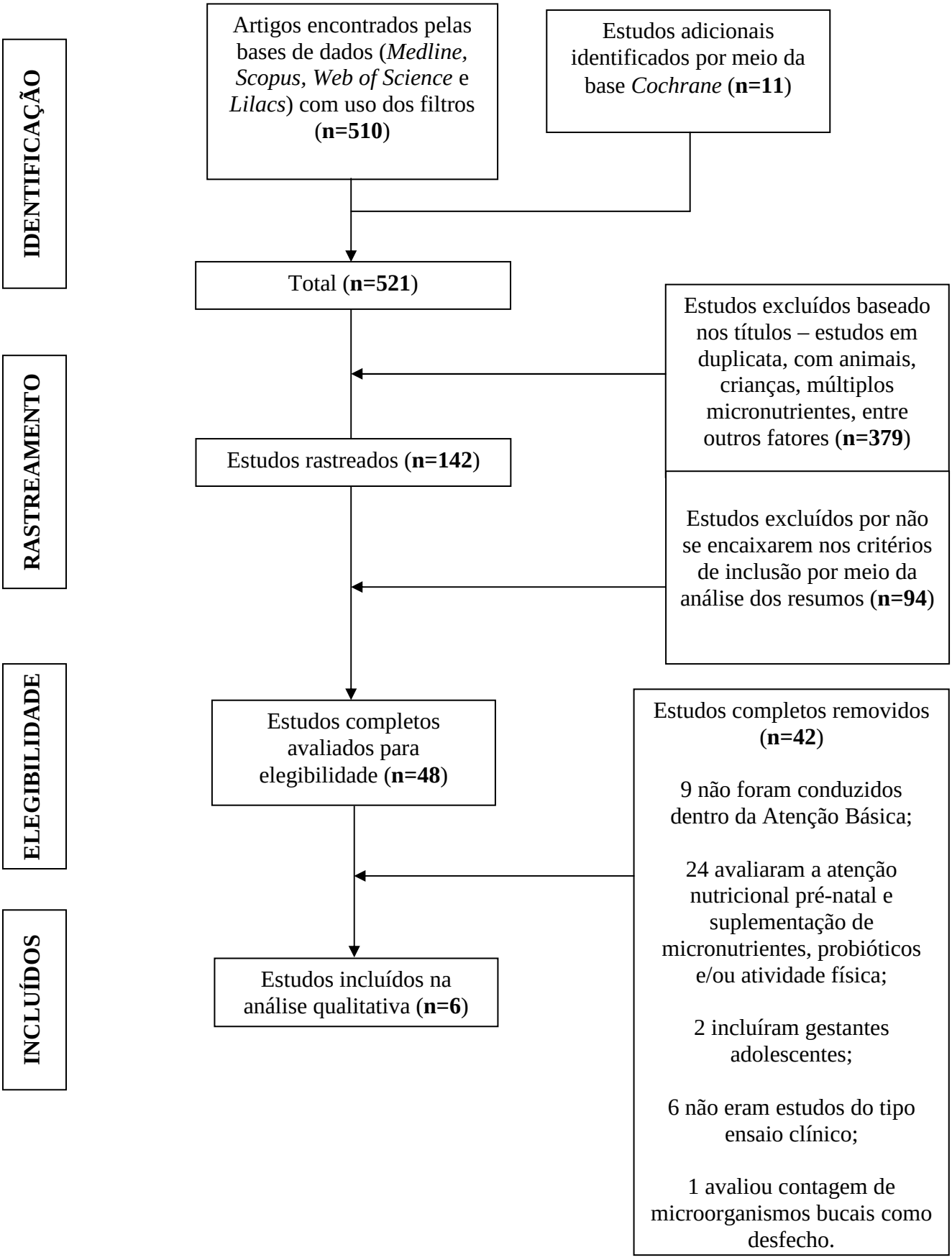


Figura 1 – Diagrama do processo de seleção e revisão dos estudos, conforme PRISMA.
Figure 1- Diagram of selection and studies review process, according to PRISMA.

Tabela 1 – Avaliação da qualidade metodológica dos manuscritos incluídos nesta revisão, conforme escala da Jadad.
Table 1 – Evaluation of manuscripts methodological quality included in the review, according to Jadad scale.

Critérios avaliados	**Estudos avaliados**					
	Vítolo *et al.*[14]	Ahrari *et al.*[15]	Briley *et al.*[16]	Widga *et al.*[17]	Noronha *et al.*[18]	Baqui *et al.*[19]
O estudo foi descrito como randomizado?	1	NR	1	1	NR	1
Os métodos para randomização foram descritos e apropriados?	0*	NR	NR	0*	NR	1
O estudo foi descrito como duplo-cego?	NR	NR	NR	NR	NR	NR
O método para o mascaramento foi descrito e apropriado?	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Houve uma descrição para desistências ou perdas de seguimento?	1	NR	1	1	NR	NR
Nota	**1**	**Zero**	**2**	**1**	**Zero**	**2**

NR – não relatado; 1 – sim; 0 - não. *Conforme a escala, deduz-se 1 ponto quando tais critérios não são adequados.
NA – not available; 1 – Yes; 0 – no. *According to scale, exclude 1 point when criteria are inadequate.

Tabela 2 – Descrição e avaliação da qualidade metodológica (conforme escala Jadad) dos estudos incluídos na revisão sistemática.
Table 2 – Description and evaluation of methodological quality (according to Jadad scale) of the studies included in the systematic review.

ESTUDO/PAÍS	DESCRIÇÃO DA INTERVENÇÃO	GRUPOS DE ESTUDO	DESFECHOS AVALIADOS	RESULTADOS	PONTOS
Vítolo *et al.*[14] (2010) Brasil	Orientação dietética para ajuste do ganho de peso e qualidade alimentar. Orientações específicas conforme estado nutricional pré-gestacional.	n= 307 152 GI e 155 GC	Velocidade de ganho de peso gestacional; Risco de intercorrências gestacionais e neonatais.	Menor risco de intercorrências gestacionais e neonatais para GI (RR=0.3; IC 95%= 0.21-0.66); gestantes com excesso de peso de GI ganharam menos peso do que GC (p=0.01).	1
Ahrari *et al.*[15] (2006) Egito	Intervenção sobre o ganho de peso gestacional e peso ao nascer, baseado em orientações sobre nutrição, preparo, higienização, cocção dos alimentos. Cuidados com o recém-nascido. Fornecimento de refeições balanceadas em cada visita.	n= 392 163 GI e 229 GC	Consumo alimentar; peso ao nascimento.	Aumento no consumo de alimentos como carnes e vegetais, bem como de ferro e folato; aumento do peso médio ao nascimento em GI em contraste com GC (p<0.01). Prevalência de BPN de 2.6% em GI e de 6.9% em GC (p<0.01).	Zero
Briley *et al.*[16] (2003) Estados Unidos	Abordagem de assuntos como nutrição básica, ganho de peso gestacional, necessidade de nutrientes na gravidez, hábitos saudáveis para a mãe e seu recém-nascido.	n= 20 10 GI e 10 GC	Ganho de peso gestacional; baixo peso ao nascer; consumo de energia e nutrientes.	Ganho de peso gestacional dentro das faixas recomendadas, conforme o IMC pré-gestacional, porém sem diferenças entre GI e GC; peso ao nascer significativamente maior em GI do que GC (3.54 Kg e 3.06 Kg respectivamente, p<0.05); GI apresentou maior consumo de ferro pré e pós-intervenção (p<0.01).	2
Widga *et al.*[17] (1999) Estados Unidos	Orientações baseadas no *Nutrition During Pregnancy and Lactation – An Implementation Guide.*	n= 66 40 GI e 26 GC	Ingestão de nutrientes; peso ao nascimento.	Aumento considerável na ingestão de energia, ferro, folato, vitamina B6, zinco e cálcio após intervenção; peso da mãe ao nascimento, IMC pré-gestacional, número de consultas com nutricionista e consumo de energia pré e pós-intervenção responsáveis por 65% da variação do peso ao nascimento.	1
Noronha *et al.*[18] (2013) Índia	Orientações específicas sobre anemia e sua prevenção e combate.	n= 193 67 GI; 62 GC A e 64 GC B	Conhecimentos sobre a doença; habilidade de seleção alimentar; concentração de hemoglobina.	Ganhos consideráveis no escore de conhecimento de GI sobre os controles (p<0.0001); GI apresentou maior habilidade de selecionar alimentos que previnem anemia (p<0.0001); menor proporção de gestantes anêmicas em GI (p<0.0001)	Zero
Baqui *et al*[19] (2008) Índia	Orientações conforme *The Integrated Nutrition and Health Programme*	n= 14952 6.196 GI e 8.756 GC	Mortalidade neonatal; consume de suplementos de ferro e ácido fólico.	Redução significativa da mortalidade neonatal para as gestantes que receberam acompanhamento pós-parto e maior consumo dos suplementos em GI (p<0.001)	2

GI – grupo intervenção; GC – grupo controle; RR – risco relativo; BPN – baixo peso ao nascer; IMC – índice de massa corporal.
IG – intervention group; CG – control group; RR – relative risk; LBW – low birthweight; BMI – body mass índex.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Trends in maternal mortality: 1990 to 2010. Geneva: WHO; 2012.
2. Brasil. Instituto de Pesquisas Econômicas e Aplicadas. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio – Relatório nacional de acompanhamento. Brasília: IPEA; 2010.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: MS; 2012.
4. Brasil. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento / Coordenação: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos; supervisão: Grupo Técnico para o acompanhamento dos ODM. - Brasília : Ipea : MP, SPI, 2014.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: MS; 2012.
6. Silva JP, Baião MR, Santos MS. Ações de alimentação e nutrição na Atenção Básica. In: Barros DC, Silva DO, Santos MMAS, Baião MR (org.). Alimentação e Nutrição: fundamentos para a prática em saúde coletiva. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2013.
7. 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.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção básica de saúde. Brasília: MS; 2009.
9. World Health Organization (WHO). 2010. Packages of interventions for family planning, safe abortion care, maternal, newborn and child Health. Geneva: WHO (WHO/FCH/10.06)
10. Rouse DJ. Potential cost-effectiveness of nutrition interventions to prevent adverse pregnancy outcomes in the developing world. *J Nutr* 2003; 133(5 Suppl 2):1640-4S.

11. 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):2805-16.
12. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, Prisma Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *Ann Intern Med*. 2009; 151(4):264-69.
13. Jadad AR, Moore RA, Carroll D, Jenkinson C, Reynolds DJ, Gavaghan DJ, *et al*. Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding necessary? *Controlled Clin Trials*. 1996; 17(1):1-12.
14. Líbera BD, Neves PAR, Saunders C, Baião M, Barros DC. The role of prenatal nutritional assistance in the context of primary care: a systematic review [homepage na internet]. 2013 [Acessado em 11 de dezembro de 2013]. Disponível em: http://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO_REBRANDING/display_record.asp?ID=CRD42013005389.
15. 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.
16. Ahrari M, Houser RF, Yassin S, Mogheez M, Hussaini Y, Crump P, *et al*. A positive deviance-based antenatal nutrition project improves birth-weight in Upper Egypt. *J Health Popul Nutr*. 2006; 24(4):498-507.
17. Briley C, Flanagan NL, Lewis NM. In-home prenatal nutrition intervention increased dietary iron intakes and reduced low birth weight in low-income African-American women. *J Am Diet Assoc*. 2002; 102(7):984-7.
18. Widga AC, Lewis NM. Defined, in-home, prenatal nutrition intervention for low-income women. *J Am Diet Assoc*. 1999; 99:1058-62.

19. Noronha JA, Bhaduri A, Bhat HV, Kamath A. Interventional study to strengthen the health promoting behaviours of pregnant women to prevent anaemia in southern India. *Midwifery*. 2013; 29(7):e35-41.
20. Baqui AH, Williams EK, Rosecrans AM, Agrawal PK, Ahmed S, Darmstadt GL, *et al*. Impact of an integrated nutrition and health programme on neonatal mortality in rural northern India. *Bull World Health Organ* 2008; 86(10):796–804.
21. Institute of Medicine (IOM). Weight gain during pregnancy: Reexamining the guidelines. Washington, DC: IOM; 2009.
22. Chen Z, Du J, Shao L, Zheng L, Wu M, Ai M, *et al*. Prepregnancy body mass index, gestational weight gain, and pregnancy outcomes in China. *Int J Gynaecol Obstet* 2010; 109(1):41–44.
23. Campos ABF, Pereira RA, Queiroz J, Saunders C. Ingestão de energia e de nutrientes e baixo peso ao nascer: estudo de coorte com gestantes adolescentes. *Rev Nutr* 2013; 26(5):551-61.
24. Allen LH. Multiple micronutrients in pregnancy and lactation: an overview. *Am J Clin Nutr* 2005; 81(5):1206S–12S.
25. World Health Organization (WHO). Food and Agriculture Organization of the United Nations. Human energy requirements. Report of a Joint FAO/WHO/UNU Expert Consultation. Rome: FAO; 2004.
26. World Health Organization (WHO). 2009. Global prevalence of vitamin A defciency in populations at risk 1995–2005. WHO Global Database on Vitamin A Defciency. Geneva: WHO.
27. World Health Organization (WHO). Essential nutrition actions: improving maternal, newborn, infant and young child health and nutrition. Geneva: WHO; 2013.

28. Tsai IH, Chen CP, Sun FJ, Wu CH, Yeh SL. Associations of the pre-pregnancy body mass index and gestational weight gain with pregnancy outcomes in Taiwanese women. *Asia Pac J Clin Nutr* 2012; 21(1):82-7.

29. Haugen M, Brantsaeter AL, Winkvist A, Lissner L, Alexander J, Oftedal B, *et al*. Associations of pre-pregnancy body mass index and gestational weight gain with pregnancy outcome and postpartum weight retention: a prospective observational cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2014; 14: 201.

30. American Dietetic Association, American Society of Nutrition, Siega-Riz AM, King JC. Position of the American Dietetic Association and American Society for Nutrition: Obesity, reproduction, and pregnancy outcomes. *J Am Diet Assoc* 2009; 109(5):918-27.

31. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília: MS; 2012.

32. Cruz MO, Gao W, Hibbard JU. Obstetrical and perinatal outcomes among women with gestational hypertension, mild preeclampsia, and mild chronic hypertension. *Am J Obstet Gynecol* 2011; 205(3):260.e1-9.

33. Oliveira CA, Lins CP, Sá RAM, Netto HC, Bornia RG, Silva NR, *et al*. Síndromes hipertensivas da gestação e repercussões perinatais. *Rev Bras Saude Matern Infant* 2006; 6(1):93-8.

34. Sugiyama T, Saito M, Nishigori H, Nagase S, Yaegashi N, Sagawa N, *et al*. Comparison of pregnancy outcomes between women with gestational diabetes and overt diabetes first diagnosed in pregnancy: A retrospective multi-institutional study in Japan. *Diabetes Res Clin Pract* 2014; 103(1):20-25.

35. World Health Organization (WHO). Guidelines on optimal feeding of low birth-weight infants in low- and middle-income countries. Geneva: WHO; 2011.

Manuscrito 2

Análise contextual do cuidado pré-natal em uma Clínica da Família no Rio de Janeiro.

Resumo

O artigo apresenta contribuições que a análise sócio-histórica (ASH), enquanto etapa metodológica da Hermenêutica de Profundidade (HP) delineada por Thompson (2011), pode oferecer à pesquisa social no campo da Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva. Estudo realizado em uma Clínica da Família, no qual foram utilizados recortes empíricos construídos por observação, entrevistas e questionários. Os dados foram organizados, sintetizados e tratados, tendo por base elementos que constituem a ASH, para posterior interpretação. Observou-se desrespeito à privacidade da consulta pré-natal por frequentes interrupções de profissionais da equipe, gerando insatisfação nas mulheres. Além de os profissionais se aterem a orientações sobre os exames de rotina, também buscavam identificar questões relacionadas ao cotidiano das gestantes, ainda que de forma superficial. A análise buscou destacar elementos do contexto sócio-histórico essenciais para o processo de compreensão dos sentidos atribuídos pelas gestantes ao cuidado nutricional pré-natal.

Palavras chave: Hermenêutica; saúde pública; cuidado pré-natal

Abstract

The article points out contributions that the socio-historical analysis (SHA), methodological step of In-Depth Hermeneutics (HP) outlined by Thompson, can offer to the field of Food and Nutrition in Public Health research. The study was performed in a Family Clinic and empirical data were collected through observation, interviews and questionnaires. Data were organized, synthesized and treated, based on elements of the SHA for further interpretation. It was observed disrespect for privacy during prenatal appointments by frequent team professionals interruptions, causing dissatisfaction in women. Professionals tried to identify issues related to the daily lives of pregnant women, even if superficially. The analysis tried to

highlight essential elements of the socio-historical context to the process of understanding the meanings attributed by pregnant women to prenatal nutritional care.

Key words: Hermeneutics; Public Health; Prenatal Care

Resumen

El objetivo era destacar las contribuciones que el análisis socio-histórico (ASH), indicada por Thompson (2011), puede proporcionar en la investigación social en el campo de la Alimentación y Nutrición en Salud Pública. Estudio realizado en una clínica de la familia, en que se utilizaron recortes empíricos construidos por la observación, entrevistas y cuestionarios. Datos fueran organizados, sintetizados y tratados, a partir de los elementos que componen el ASH para su posterior interpretación. Hubo falta de respeto por privacidad en la visita prenatal por los profesionales del equipo, provocando el descontento en las mujeres. Los profesionales trataron de identificar cuestiones que afectan la vida cotidiana de las mujeres embarazadas, aunque superficialmente. El análisis buscó resaltar elementos del contexto histórico-social para el proceso de la comprensión de los significados atribuidos por las mujeres embarazadas a la atención nutricional prenatal.

Palabras clave: Hermenéutica; Salud Pública; Atención Prenatal

Introdução

Em estudos no campo da *Alimentação e Nutrição*, a questão metodológica ainda surge como um dos debates mais necessários para a consolidação do enfoque qualitativo das pesquisas. Tendo em vista que já é possível vislumbrar a ascensão de novos olhares que vão além das perspectivas que marcaram a origem desse campo – a biomedicina como núcleo hegemônico e a tradição positivista de produção de conhecimento[1,2], se faz necessário que os pesquisadores considerem a dimensão simbólica do material empírico analisado em suas pesquisas e reflitam sobre os procedimentos metodológicos mais apropriados para a apreensão dessa dimensão.

Entendendo-se que na concretude da vida não existe separação entre alimentos, nutrientes e comida, a articulação de campos científicos distintos torna-se fundamental para a compreensão dos fenômenos humanos. Nesse sentido, Alimentação e Nutrição pode ser considerado um campo científico único e interdisciplinar; ou seja, constituído por diferentes núcleos de saberes (subcampos científicos), dentre os quais o da Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva. Este, com caráter multidisciplinar e recém explorado em termos de reflexão epistemológica, por sua vez, comporta as Ciências Humanas e Sociais em Alimentação e Nutrição em um de seus espaços científicos, configurado por estudos sobre cultura, economia, educação, comunicação, epistemologia, direito, sociologia e filosofia em alimentação e nutrição[1,2].

Diante da crescente utilização de metodologias que implicam na naturalização de fenômenos multidimensionais, como saúde e alimentação, conjugadas ao afastamento das abordagens sociais na compreensão das práticas alimentares, vislumbra-se a necessidade de investimento na aproximação e no confronto entre esses campos e núcleos de saberes e práticas. Busca-se, ainda, a superação dialética dessa polarização[2] e na afirmação de

construções fundadas na incorporação da dimensão psicoafetiva e de mediações simbólicas, com o reconhecimento da natureza multidimensional e holística da relação homem-alimento[3].

Além da busca pela interação entre os campos e na insistência constante em ousar pensar a alimentação e a nutrição como fenômenos sociais, espera-se que sejam superadas limitações significativas no que diz respeito aos fundamentos teórico-metodológicos que subsidiam boa parte desse tipo de produção científica no campo da Saúde, identificadas por meio de superficialidades e inconsistências em parte das análises empreendidas, sobretudo no campo da *Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva*[2].

O presente artigo teve como fundamentação teórico-metodológica a Hermenêutica de Profundidade (HP), desenvolvida por John B. Thompson (2011). O enfoque aprofundado por Thompson[4] tem por fundamento a tradição da hermenêutica, disciplina básica que tem como propósito a compreensão de "textos" em seu sentido amplo. No referencial teórico-metodológico da HP, as formas simbólicas são construções (simbólicas) significativas que podem ser definidas como ações, falas, textos, gestos e outras manifestações humanas que, por sua vez, podem ser compreendidas e interpretadas[4].

Assim sendo, as formas simbólicas imersas em contextos sociais estruturados e que circulam na sociedade em geral são objetos de investigação científica que requererem do pesquisador uma interpretação contextualizada[4]. Dito de outra forma, para a análise do caráter significativo das formas simbólicas, Thompson sugere a interpretação de sua relação com os contextos e os processos socialmente estruturados, nos quais elas são produzidas, transmitidas e recebidas.

Nesse sentido, o método para a análise das formas simbólicas apresentado por Thompson[4] foi o escolhido para a pesquisa "Proposta de Cuidado Nutricional Pré-natal em uma Clínica da Família na Área de Manguinhos/Rio de Janeiro: um estudo quanti-qualitativo", desenvolvida com vistas a implementar e avaliar um protocolo de cuidado

nutricional pré-natal adequado aos propósitos da Atenção Primária à Saúde (APS). A pesquisa teve como um de seus objetivos específicos analisar os sentidos atribuídos pelas puérperas ao protocolo de cuidado nutricional pré-natal a que foram submetidas, constituindo-se na abordagem qualitativa da investigação.

A tradição hermenêutica proporciona à HP "um referencial metodológico voltado à interpretação" composto por três fases analíticas de fenômenos significativos: a *análise sócio-histórica* (ASH) *ou contextual*, caracterizada pela reconstrução das condições sociais e históricas de produção, circulação e recepção das formas simbólicas; a *análise formal ou discursiva*, que busca revelar a organização interna das formas simbólicas, com suas características estruturais, seus padrões e relações; e a *interpretação/reinterpretação*, que tem em vista a realização de uma "construção criativa de possíveis significados". A interpretação da ideologia oferece um tom crítico a essas fases, uma vez que é "uma interpretação das formas simbólicas que procura mostrar como, em circunstâncias específicas, o sentido mobilizado pelas formas simbólicas serve para alimentar e sustentar a posse e o exercício do poder"[4].

Essas fases ocorrem de forma interdependente, cíclica e integrada, não ocorrendo de maneira linear nem estanque. Em função das especificidades da pesquisa, pode-se destacar uma ou outra fase e enfatizar seus aspectos[4]. Ainda que estas fases estejam interligadas, para fins didáticos, a fase da ASH foi destacada no presente trabalho que, por sua vez, teve como objetivo apontar as contribuições que a análise sócio-histórica, enquanto etapa metodológica da HP[4], pode oferecer à pesquisa social no campo da Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva.

O artigo está estruturado em duas partes. Primeiro, aborda-se o objeto da HP e seu condicionamento pelo contexto social e histórico, de forma a situar a análise sócio-histórica como uma importante etapa de investigação de formas simbólicas. Na parte subsequente,

apresenta-se aquilo que representa a mais importante contribuição pretendida no presente trabalho: a de retratar a aplicação da HP na situação contextual e temporal concreta da investigação, desvelando elementos essenciais ao processo de compreensão dos sentidos atribuídos pelas gestantes ao cuidado nutricional pré-natal, em uma Clínica da Família na Área de Manguinhos/Rio de Janeiro. Nas considerações finais, retoma-se ao principal argumento do trabalho com indicações das contribuições da análise sócio-histórica para o campo da APS.

A análise sócio-histórica ou contextual visa à reconstrução das condições sociais e históricas de produção, circulação e recepção das formas simbólicas. Nessa fase, há cinco elementos básicos dos contextos sociais que apontam níveis de análise diferenciados: situações espaço-temporais (reconstrução dos ambientes em que as formas simbólicas são produzidas e recebidas por pessoas situadas em locais específicos); campos de interação (análise de posições e conjunto de trajetórias que determinam algumas relações entre as pessoas, inclusive relações de dominação); instituições sociais (reconstrução do conjunto de regras, recursos e relações que as constituem e seu desenvolvimento através do tempo); estrutura social (pretende identificar as assimetrias e diferenças, bem como analisar seus princípios subjacentes que garantem seu caráter sistemático e durável); e meios técnicos de transmissão (meios pelos quais as formas simbólicas são intercambiadas entre pessoas, como conversações face a face, difusão de rádio e televisão e outros[4].

No presente estudo, a análise sócio-histórica ou contextual foi construída a partir de recortes do material empírico, originados por dados de observação participante[5], de entrevistas semi-estruturadas[6] e de questionários objetivos da pesquisa contendo informações acerca das características sociodemográficas, obstétricas, nutricionais, do pré-natal e do puerpério das mulheres.

A pesquisadora permaneceu em observação participante, com olhar e escuta atentos durante toda a etapa de coleta e construção de dados, que se estendeu por um período de quatro anos, três vezes por semana. Teve como propósito o mergulho no campo, a partir do registro de suas percepções em diário. Foi possível identificar as condições de produção das formas simbólicas, na perspectiva de quem e para quem foram produzidas, e aprofundar a compreensão do fenômeno em sua dimensão integral com o contexto.

A observação participante ocorreu na Clínica da Família, nas rodas de conversa (encontros coletivos com as gestantes) e em outros espaços/momentos de interesse para a investigação, nas visitas domiciliares junto aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e durante as entrevistas realizadas com as mulheres, com vistas a alcançar os objetivos da pesquisa.

Também foram realizadas entrevistas do tipo semi-estruturadas, buscando oferecer aos sujeitos estudados a liberdade e espontaneidade necessárias em seus discursos, enriquecendo a investigação[6]. Foram selecionadas, por conveniência, de acordo com a facilidade do contato e maior disponibilidade da puérpera[7], 15 mulheres dentre as que participaram das rodas de conversa/protocolo da pesquisa (n= 122).

As entrevistadas eram captadas na revisão do puérperio ou por contato telefônico. Foram consideradas em número suficiente quando a reincidência dos sentidos foi alcançada, embora tenha sido prevista a possibilidade de inclusões até que fosse possível uma discussão densa das questões da pesquisa[7].

Realizou-se apenas uma entrevista com cada mulher, com duração aproximada de 40 – 50 minutos. Foram preferencialmente realizadas no domicílio das mulheres e, quando esta estratégia não foi possível, realizou-se nas dependências da Instituição da pesquisa.

As falas foram gravadas em aparelho digital e transcritas na íntegra, sem as convenções da língua padrão, de forma mais fidedigna possível, identificando os sujeitos com um codinome para preservar o anonimato.

No roteiro da entrevista, os temas abordados nas questões norteadoras foram: significados da gestação; acolhimento da gestante na clínica; acompanhamento no pré-natal; integração profissional-gestante; e ações de alimentação e nutrição.

Todos os dados foram organizados, sintetizados, analisados e tratados de forma crítico-reflexiva para posterior interpretação e diálogo com documentos e literatura científica, levando em consideração os procedimentos apontados pelo autor para desenvolvimento da HP com suas fases articuladas e complementares.

Para operacionalizar a análise sócio-histórica, esta foi tratada como um tema e seus elementos constituintes como categorias analíticas.

Foram levantados documentos e publicações que tratam das condições socioeconômicas, estruturais e organizacionais da região de Manguinhos; das políticas públicas locais bem como dados da literatura científica; além disso, também foram coletadas informações sociodemográficas por meio de questionários, ao longo da pesquisa, a fim de complementar e dialogar com as estratégias de observação e entrevistas.

Buscou-se tratar o material empírico como um encontro dialógico, participativo, uma negociação, com vistas à fusão de horizontes entre o acervo de referência e a interpretação.

Em atendimento aos princípios da HP[2], a pesquisadora iniciou a investigação com a "interpretação da doxa", também denominada "hermenêutica da vida cotidiana" - *"interpretação das opiniões, crenças e compreensões que são sustentadas e partilhadas pelas pessoas que constituem o mundo social*[4]". Contudo, para considerar como as formas simbólicas estão estruturadas e em quais condições sócio-históricas específicas estão inseridas, é necessário ir além da interpretação da doxa e olhar para o fenômeno num

referencial mais amplo e mais profundo, focalizando-o como parte integrante da realidade social. Dessa forma, a análise sócio-histórica é uma investigação dos contextos mais amplos a fim de dar conta das maneiras como as formas simbólicas estão estruturadas, e das condições sócio-históricas em que estão inseridas.

Construção dos dados

A pesquisa foi fundamentada em evidências científicas que apontam a efetividade do pré-natal e do cuidado nutricional na melhoria dos resultados perinatais e na escassez de estudos que abordam o tema em nível da APS[8,9].

O protocolo se constituiu no acompanhamento de gestantes, por meio de três encontros coletivos ao longo do pré-natal, caracterizados como “rodas de conversa”, nas quais eram realizadas as avaliações necessárias com vistas à abordagem quantitativa da pesquisa, bem como desenvolvidas atividades educativas abrangendo temas de interesse para as mulheres.

Durante as rodas se privilegiou a participação das gestantes na discussão de questões biopsicossociais, a ênfase no estar e sentir-se grávida; as emoções e dificuldades vivenciadas e a troca de saberes e experiências.

Tendo em vista a importância da avaliação qualitativa de políticas, programas e ações de saúde, por meio da escuta dos sujeitos a quem são dirigidas, para sua melhoria/qualificação[10], um dos objetivos específicos da pesquisa foi analisar os sentidos atribuídos pelas puérperas ao protocolo de cuidado nutricional desenvolvido durante o pré-natal.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – CEP/ENSP, constituído nos Termos da Resolução CNS n° 196/96[11],

sob o protocolo de pesquisa n° 238/10, em 16/02/2011. Os participantes foram esclarecidos quanto ao estudo e somente foram incluídos aqueles que aceitaram assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

Os recortes analíticos dos elementos que compõem a análise sócio-histórica ou contextual

Sobre os dados da época e do lugar

A Saúde da Família em Manguinhos, em consonância com a Política Nacional de Atenção Básica, atua em um conjunto de ações primárias de saúde que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, no âmbito individual e coletivo. O território é coberto por 13 equipes de saúde da família, cinco equipes de saúde bucal, além de uma equipe de consultório na rua, um Núcleo de Apoio à Saúde da Família e uma Academia Carioca da Saúde, distribuídos em duas unidades da saúde da família: Clínica da Família Victor Valla e Centro de Saúde Escola Manguinhos – esta última inserida no espaço do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria, na Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz (Diário de campo).

No início da pesquisa, no ano de 2011, a região de Manguinhos, com um dos piores índices de desenvolvimento humano (IDH – 0,726) da cidade[12], era fortemente marcada por altos índices de violência, domínio do tráfico de drogas e pela ocupação de usuários de crack nas ruas. Tal situação propiciava barreiras no contato com a população e, consequentemente, dificuldades para o desenvolvimento da pesquisa. Por vezes, foi preciso cancelar idas à clínica, realização das rodas de conversa e o acompanhamento dos agentes comunitários nas

visitas domiciliares em decorrência, principalmente, de embates entre policiais e traficantes de drogas.

Em 2013, apesar de a região ter demonstrado aumento do IDH (0,792; 620ª posição entre as 2.229 unidades de desenvolvimento humano do município), Manguinhos ainda é considerada área de vulnerabilidade social importante[13].

Ao longo desse período, Manguinhos passou por duas grandes mudanças de cunho social-político-econômico: lançamento da segunda fase do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) e instalação da Unidade de Polícia Pacificadora (UPP).

O PAC constitui uma política pública elaborada e realizada pelo governo federal na gestão presidencial de 2008, visando o crescimento e o desenvolvimento econômico do país[14]. Em Manguinhos, o PAC foi iniciado em 2008 destinando recursos à habitação, à melhoria do sistema de abastecimento de água, ao esgotamento sanitário, urbanização de ruas e vielas e à construção de equipamentos sociais, além de prever o fortalecimento da participação social[15].

Como exemplos de potenciais espaços criados com o PAC para o exercício da cidadania podemos citar o Colégio Estadual Compositor Luiz Carlos da Vila; a Biblioteca Parque; o Centro Esportivo; a Unidade de Pronto Atendimento (UPA); a Clínica da Família; os conjuntos habitacionais; a Casa da Mulher; o Centro de Geração de Renda; e o Centro de Referência da Juventude[15].

Com exceção da UPA e da clínica, os demais espaços ou eram pouco utilizados ou completamente desconhecidos pelas gestantes (Diário de campo). Em determinadas situações, percebemos a necessidade de encaminhamento das mulheres à Casa da Mulher, instituição governamental definida como Centro Especializado no Atendimento à Mulher em situação de vulnerabilidade social como desemprego, baixa qualificação profissional e em situação de violência doméstica. O desconhecimento prévio e a baixa procura por esse espaço parecem demonstrar uma falha no processo de intersetorialidade - representada pela insuficiência na

divulgação, informação, responsabilização e indicação de ações de diferentes setores e no desconhecimento dos próprios profissionais em relação aos espaços ou ao reconhecimento da intercessão entre esses espaços e a saúde - e, de certa forma, privação no desenvolvimento e exercício da cidadania de muitas gestantes incluídas nessas diferentes situações.

Apesar de muitos benefícios terem surgido para a população com as obras do PAC, aspectos negativos como desvalorização das residências antigas, saída compulsória do local de moradia e atraso na entrega das novas residências eram revelados pelos sujeitos do estudo. Tais situações geravam muitas incertezas em relação ao futuro, sentimentos de constrangimento, insatisfação e manipulação pelo setor público, acarretando no desejo e esperança de aquisição de uma moradia em outros bairros.

Em janeiro de 2013 foi instalada em Manguinhos a Unidade de Polícia Pacificadora (UPP)[16], trazendo uma acentuada mudança no território. Após a ocupação, grande parte dos usuários de crack que vivia na região, devido à dificuldade de acesso à droga, imposta pela UPP, passou a ocupar outros locais da cidade, principalmente nas proximidades da Avenida Brasil, ao redor das Comunidades Vila do João e Parque União (Diário de campo). Paralelamente à permanência da UPP em Manguinhos, a internação compulsória, enquanto ação municipal em prol da internação forçada de dependentes químicos do crack[17], também contribuiu para o deslocamento dessa população. Foi notória a desocupação dos moradores de rua, que ficavam instalados na frente da Unidade de Pronto Atendimento (local conhecido como “predinhos”), acoplada à Clínica da Família, e embaixo da linha férrea, na região do Jacaré (bairro vizinho) (Diário de campo).

Ainda que a violência e os conflitos entre traficantes e polícia não fossem tão freqüentes após a implantação da UPP, aparentando calmaria na região e facilitando a entrada da pesquisadora no campo, bem como seu deslocamento, algumas mulheres não se

mostravam satisfeitas com tais mudanças, alegando abusos de poder entre policiais e moradores e desrespeito com a população.

O contato constante e as conversas com gestantes, bem como as entrevistas, possibilitaram compreender a diferença de sentidos atribuídos à presença dos policiais na comunidade, tanto por moradores, como pelas pessoas de fora que, por mais que tivessem alguma ligação com a área, não vivenciavam de forma integral o seu cotidiano. A inserção da UPP representou para quem vive fora da comunidade, incluindo a pesquisadora, uma trégua da violência, a não mais convivência de forma explícita com usuários de drogas e a maior liberdade, confiança e tranquilidade de transitar pelas ruas do bairro e no interior das comunidades. Contudo, para os moradores o sentimento de medo permanecia, especialmente, o de sair às ruas depois de um determinado horário da noite; o de deixar as crianças brincarem fora de casa ou o medo de não ser reconhecido pelos policiais como moradores genuínos do local (Entrevistas; Diário de campo).

Sobre a vida das gestantes/puérperas na região de Manguinhos: as interações sociais

A região de Manguinhos é habitada por muitos migrantes provenientes, principalmente, do interior do estado e da região nordeste, que estão sempre se deslocando de um lugar para outro no próprio Rio de Janeiro, deixando para trás famílias e laços de vizinhança[15].

As 122 gestantes acompanhadas no protocolo de cuidado nutricional pertenciam a famílias cadastradas na Clínica da Família. Tinham idade média de 23 anos, sendo a mais nova com 13 e a mais velha com 41 anos. A maioria era casada ou vivia com o companheiro, de cor preta ou parda e completou, ao menos, o ensino fundamental.

Houve relatos de gestantes sobre contarem apenas com o companheiro, sogros ou poucos parentes como apoio familiar de forma mais próxima, devido ao distanciamento geográfico dos pais, sendo vizinhos e amigos parte importante desse suporte social. Os sogros, em especial, podem desempenhar um papel importante no apoio material e emocional, além do cuidado com a criança no pós-parto[18]. Em algumas situações, a mulher, ao iniciar sua vida conjugal junto ao marido, deixava a casa da mãe, em outro estado ou município, para residir na moradia do esposo, sendo amparada pelos sogros, principalmente em relação à alimentação, à montagem do enxoval do bebê e ao acompanhamento na hora do parto.

Ainda assim, muitas sentiam falta da presença materna que representava, para a gestante, uma pessoa mais experiente e zelosa pela saúde da filha e futuro neto ou neta. O suporte materno é passível de gerar um aumento da auto-confiança das mulheres por permitir que estas demonstrem à sociedade a reprodução de saberes e funções característicos de uma "boa mãe", responsável e protetora de um ser indefeso[19,20]. Essa ausência da figura materna pode levar à insegurança e à falta de referências para práticas culturais. As mães são consideradas como importantes conselheiras, principalmente em relação à experiência do parto[18].

A maior parte das mulheres não trabalhava fora, sendo os companheiros os principais responsáveis pelo provimento da renda familiar. Quando trabalhavam, independentemente de ser trabalho formal ou informal, muitas relatavam a dificuldade de conciliação entre o trabalho e o gestar.

No caso das mulheres que tinham sua carteira de trabalho assinada, ainda que os direitos trabalhistas protegessem a gestante, a pressão e a cobrança por parte do patrão eram constantes, principalmente quando as mulheres apresentavam alguma intercorrência gestacional e precisavam de repouso.

Em várias situações a licença médica foi considerada insuficiente para comprovar necessidade de afastamento do trabalho, tendo os dias de ausência sido descontados do salário. De forma semelhante, as rodas de conversa não eram percebidas como uma prática do pré-natal pelos patrões. A participação das gestantes nas rodas não justificava a ausência ao trabalho, gerando afastamento e não inclusão das mulheres na pesquisa (Entrevistas; Diário de campo).

A não inclusão no mercado de trabalho e o abandono dos estudos, em prol do cuidado com a casa e da gravidez, eram considerados uma necessidade da organização familiar e também motivos de frustração por parte das mulheres, tanto no sentido financeiro quanto social. Muitas consideravam que o pré-natal, incluindo a participação nas rodas de conversa, era uma oportunidade de satisfação e atendimento às suas demandas relacionadas às alterações que ocorrem durante a gravidez, fossem elas anatômicas, fisiológicas, emocionais ou sociais.

Na atualidade, as transformações nas relações de gênero, da família e do trabalho feminino estão presentes nos diferentes estratos e segmentos sociais. Com a modernização da sociedade, surgem duas grandes dimensões de variações culturais: o declínio da família tradicional e a igualdade no desempenho das diferentes funções na vida social, com influência na sua organização como um todo. Neste contexto, o trabalho e seu lugar nessa organização podem ser considerados como possibilidade de realização pessoal e afirmação econômica, como elemento constituinte da identidade individual e como construção da autonomia[21].

O fato de ter que deixar de trabalhar ou adiar planos por busca de emprego e realização de cursos de formação profissional por causa da gravidez fazia com que a mulher postergasse a tão aguardada autonomia. A dependência financeira, sobretudo do companheiro, era percebida por relatos de insatisfação quanto à necessidade de compra de fraldas e do

enxoval do bebê, realização de exames como a ultrassonografia obstétrica em unidades privadas e aquisição de alimentos (Entrevistas; Diário de campo).

Para as mulheres, a autonomia pode significar maior independência em relação ao parceiro e inclusão como consumidora. Dessa forma, a inserção das mulheres no mercado de trabalho, seja pela possibilidade de realização profissional, busca pela autonomia ou viabilidade monetária, permanece condicionada a sua vida doméstica, de forma secundarizada, podendo gerar algum tipo de impacto sobre suas relações familiares[21].

Sobre o cuidado pré-natal

Ao longo desses quase quatro anos de pesquisa no local, observou-se uma alta rotatividade de profissionais, sobretudo de médicos e ACS. Muitos reclamavam da sobrecarga de trabalho relacionada às demandas e necessidades de saúde da população e da violência na região. Alguns profissionais médicos moravam longe da clínica, demandando muito tempo para a chegada ao serviço. Tais aspectos do cotidiano contribuíam para o desgaste emocional da equipe. Além disso, grande parte dos profissionais de nível superior era composta por residentes em Saúde da Família, com permanência temporária na unidade, condição que concorria para a fragilidade dos vínculos com os usuários.

Para serem cadastradas e fazerem pré-natal na clínica, as gestantes precisavam comprovar que eram moradoras de Manguinhos. No entanto, muitas residiam em outros bairros e, até mesmo, em outros municípios, alegando dificuldade de acesso à assistência nas regiões de moradia. Essas mulheres, de alguma forma, seja por meio de parentes, amigos ou conhecidos, conseguiam “comprovar” residência na região, conquistando o direito de realizar o pré-natal na unidade. Por outro lado, uma das reclamações dos profissionais de saúde era o absenteísmo das gestantes ao pré-natal. O acesso ao cuidado envolve vários aspectos como o

geográfico, econômico, sociocultural e funcional[22]. Para Mitre *et al.*[23], a potencialidade do acolhimento na operacionalização e qualificação do SUS tem sido abalada em decorrência da ausência de articulação em redes integradas, excesso de demanda de serviços, modelo biomédico hegemônico e ausência de capacitação e de espaços democráticos e reflexivos para reorganizar o processo de trabalho em saúde.

Essa situação ambígua, na qual parte da população precisa driblar as normas/regras de acesso ao cuidado, enquanto outra, apesar de ter acesso faz mau uso dos serviços, evidencia que, por mais que as tecnociências da saúde constituam recursos desejáveis, nem usuários nem profissionais sabem manejá-los satisfatoriamente. É possível que cada um saiba, a seu modo e com diferentes graus de domínio técnico, para que esses recursos servem. No entanto, fica pouco claro os sentidos e significados desses recursos para o outro[24], o que pode levar ao enfraquecimento do vínculo.

A alta rotatividade de profissionais, já mencionada, também pode ter influenciado na adesão das gestantes ao pré-natal como um todo e na construção de vínculos entre profissional-gestante e profissional-profissional.

Quanto às visitas domiciliares, os agentes comunitários costumavam ir à casa das gestantes pela manhã, normalmente depois das nove horas, tendo em vista a dificuldade de contato com as usuárias mais cedo. Ainda assim, havia certo incômodo, por parte das mulheres, com relação ao horário das visitas domiciliares, considerado muito cedo. As mulheres costumavam fazer comentários irônicos sobre esse assunto e, essa liberdade de expressão se devia ao fato de os agentes comunitários também serem moradores da comunidade e, em certos momentos, seus vizinhos. Quando as gestantes recebiam os agentes, as conversas poderiam ocorrer dentro ou fora do domicílio. Eram abordadas questões como o bem-estar da gestante, a utilização de suplementos (sulfato ferroso e ácido fólico) e a assiduidade às consultas de pré-natal na clínica, por meio de perguntas pré-estabelecidas, que

faziam parte de um questionário de rotina a ser aplicado para as gestantes. Além disso, eram também abordadas outras questões, específicas de cada mulher e de conhecimento dos agentes, como o nome da criança; situação de saúde dos demais filhos; o risco de utilização de produtos químicos no cabelo e o esforço físico excessivo durante a gravidez.

O pré-natal da clínica previa atendimento individual (médico e enfermeiro) e coletivo (demais profissionais da equipe). Durante as consultas individuais do pré-natal foi observada uma interrupção constante desse procedimento por alguns participantes da equipe. As gestantes, em suas expressões faciais, demonstravam reação de insatisfação a essa interrupção. Tal situação traduz a desvalorização desse momento (da consulta de pré-natal) pelos profissionais que interrompiam, por motivos diversos (agentes comunitários, solicitando transcrição de receitas e atendimento às demandas espontâneas; outros médicos, solicitando o empréstimo de estetoscópio, etc).

Independentemente do profissional a conduzir a consulta individual, nesse momento, costumavam ser abordadas questões como exames de rotina, práticas alimentares, uso de suplementos e modificações gerais na gestação, entre outras. Os profissionais buscavam ainda identificar questões mais subjetivas, como a representação da gravidez para as mulheres e problemas pessoais da gestante, porém de forma superficial.

Sobre o cuidado nutricional no pré-natal

As rodas de conversa, que se constituíram no protocolo de cuidado nutricional da pesquisa, eram conduzidas por duas integrantes do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Alimentação e Nutrição – LEPAN/Fiocruz e abertas à participação dos demais profissionais pertencentes à clínica. Ocorriam, na maior parte das vezes, na sala de grupo da clínica, com agendamento prévio. No entanto, principalmente no início da implantação do protocolo da

pesquisa, houve bastante dificuldade para utilização da sala ou de qualquer outro espaço na clínica.

Em diversas situações, apesar da reserva da sala, a roda não foi possível de ser realizada no local programado, passando para espaços improvisados, em virtude de outras demandas da clínica, demonstrando desvalorização da ação educativa. De forma semelhante, ainda que alguns profissionais da clínica se comprometessem a participar da roda, caso outras demandas com a assistência surgissem, os mesmos acabavam não participando.

Ao longo da pesquisa, cerca de 360 mulheres foram convidadas a participar do protocolo de três rodas de conversa; no entanto, apenas 122 participaram. O fato de muitas gestantes não se sentirem estimuladas a se deslocarem de casa à clínica para participar da pesquisa, especialmente da estratégia de roda de conversa, pode ter ocorrido em função da violência, com constantes trocas de tiros antes da UPP, da concepção equivocada acerca de "grupo", atividade normalmente desenvolvida de forma verticalizada, baseada na transmissão de informações, pouco contextualizada com as demandas das mulheres e menos valorizada pelos profissionais e usuários; do pensamento enraizado de que a unidade de saúde é um local de diagnóstico e tratamento de doenças, em detrimento das ações de promoção da saúde; do baixo apoio dos profissionais da clínica no encaminhamento e pouca motivação das mulheres para participar; pelo fato de várias morarem efetivamente distante da unidade, interferindo no deslocamento. Em diferentes momentos, as gestantes alegaram que não tinham conhecimento da existência da atividade educativa.

Normalmente, as adolescentes costumavam falar menos, principalmente diante de uma gestação inesperada. Da mesma forma, as mulheres que apresentavam algum problema familiar, de relacionamento com o companheiro ou mesmo dificuldade em lidar com a gestação, mostravam-se mais reclusas. Conforme outras gestantes relatavam suas vivências e experiências e demonstravam que também tinham suas dificuldades, inseguranças e dúvidas,

as mais acanhadas costumavam se abrir mais. A troca de experiências entre gestantes possibilitava a percepção do individual no coletivo, diminuindo a ansiedade por meio da semelhança entre os discursos[25]. Nessas situações, a roda de conversa era conduzida de forma a fazer com que as gestantes refletissem sobre seus problemas e tentassem buscar soluções para os mesmos.

Embora nos relatos uma pluralidade de sentimentos como ansiedade, alegria, dúvida, insegurança, medo e incompetência tenham surgido, também a satisfação se fazia presente, uma vez que tais momentos representavam partilha, apoio e descontração (Diário de campo).

Considerações Finais

A análise buscou destacar elementos do contexto sócio-histórico essenciais para o processo de compreensão dos sentidos atribuídos pelas gestantes ao cuidado nutricional pré-natal, os quais serão aprofundados em outro manuscrito.

Pode-se dizer que este estudo é inovador em relação à aplicabilidade de estratégias metodológicas que propiciaram um mergulho nas situações no espaço e no tempo, nas trajetórias das pessoas e da unidade básica de saúde (UBS), nas regras e convenções, nas condutas e atividades cotidianas, nas diferenças na vida social e o entendimento das interações sociais e institucionais.

A partir dessa etapa de análise da HP foi possível identificar as assimetrias de poder e recursos, por meio da abordagem de temas como trabalho durante a gestação e relações sociais entre as mulheres e seus companheiros, entre os indivíduos e o estado e entre profissionais e usuários, dentre outros.

Buscou-se ilustrar o uso da análise sócio-histórica, aplicando-se as etapas e os elementos de referência de sua constituição. Com a apresentação do método da análise sócio-

histórica no campo da Saúde Coletiva, procurou-se ressaltar o papel do pesquisador em interpretar o sentido e significação das formas simbólicas nos grupos sociais nos quais os sujeitos se inserem. Tal interpretação desvela as formas de operação da ideologia presente na vida cotidiana dos profissionais e usuários na UBS, legitimando e reificando processos de diferenciação, naturalização e racionalização das ações de saúde voltadas a populações mais desfavorecidas social e economicamente.

Dessa maneira, há uma concreta possibilidade de reflexão acerca das ações de cuidado voltadas às potencialidades e necessidades da população, pois o cuidar, que se realiza por meio de mediações entre sujeitos e entre discursos em situações experimentadas, torna as vivências de cuidado significativas.

O presente trabalho, ainda que resumidamente, justifica a pertinência de modelos teórico-metodológicos que lancem mão da integralidade e da hermenêutica como base do exercício epistêmico, de forma a possibilitar ao trabalhador de saúde o exercício de uma crítica preocupada não somente com a clínica, mas com a mudança do atual modo de organização social.

Referências

1- Prado SD, Bosi MLM, Carvalho MCVS, Gugelmin SA, Mattos RA, Camargo Junior KR et al. Alimentação e nutrição como campo científico autônomo no Brasil: conceitos, domínios e projetos políticos. Rev Nutr 2011, 24(6):927-937.

2- Bosi MLM, Prado SD. Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva: constituição, contornos e estatuto científico. Cien Saude Colet 2011, 16(1):7-17.

3- Bosi MLM. A nutrição na concepção científica moderna: em busca de um novo paradigma. Rev Nutr 1994; 7(1):32-47.

4- Thompson JB. Ideologia e cultura moderna: teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa. 9. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

5- Angrosino MV, Pérez K. (2000). Rethinking observation: From method to context. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), Handbook of qualitative research (2nd ed., pp.673–702). Thousand Oaks, CA: Sage.

6- Triviños ANS. Introdução à pesquisa em Ciências Sociais – A pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas: 1987. p. 116-175.

7- Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2006.

8- 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. Cien Saude Colet 2012, 17(10):2805-2816.

9- Rouse DJ. Potential cost-effectiveness of nutrition interventions to prevent adverse pregnancy outcomes in the developing world. J Nutr 2003, 133(5 Suppl 2):1640S-1644S.

10- Bosi MLM, Uchimura KY. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? Rev Saude Publica 2007, 41(1):150-153.

11- Brasil. Ministério da Saúde, 1998. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz.

12- Engstron E, Fonseca Z, Leimann B (orgs.). A experiência do Território Escola Manguinhos na atenção primária de saúde. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2012.

13- Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, 2013. Disponível em:< http://www.atlasbrasil.org.br>. Acesso em: 7 mai 2015.

14- Pereira A.S. Uma avaliação do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) no estado da Bahia (2007-10). Rev Adm Publica 2013, 47(1):177-203.

15- Pivetta F, Zancan L, Guimarães G. PAC Manguinhos um relato fotográfico 2008 – 2010. Rio de Janeiro, ENSP/FIOCRUZ, 2012.

16- Governo do Estado do Rio de Janeiro. UPP Manguinhos. 2016. Disponível em: http://www.upprj.com/index.php/informacao/informacao-selecionado/upp-manguinhos/Manguinhos. Acesso em mar 2016.

17- Coelho I, Oliveira MHB. Internação compulsória e crack: um desserviço à saúde pública. Saúde Debate 2014, 38(101):359-367.

18- Rezende C.B. The Experience of Pregnancy: Subjectivity and social relations. Vibrant 2011;8(2).

19- Marshall JL, Godfrey M, Renfrew MJ. Being a 'good mother': Managing breastfeeding and merging identities. Soc Sci Med 2007, 65(10):2147-2159.

20- Barbosa MARS, Teixeira NZF, Pereira WR. Consulta de enfermagem - um diálogo entre os saberes técnicos e populares em saúde. Acta paul enferm 2007, 20(2):226-229.

21- Araújo C, Scalon C. Percepções e atitudes de mulheres e homens sobre a conciliação entre família e trabalho pago no Brasil. In.: Gênero, família e trabalho no Brasil. Araújo C, Scalon C., orgs. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005. 304p. p.16-20.

22- Tesser CD, Norman AH. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. Saúde Soc. 2014, 23(3):869-883.

23- Mitre SM, Andrade EIG, Cotta RMM. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. Cien Saude Colet 2012, 17(8):2071-2085.

24- Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. Saude Soc 2004, 13(3):16-29.

25- Souza VB, Roecker S, Marcon SS. Ações educativas durante a assistência pré-natal: percepção de gestantes atendidas na rede básica de Maringá-PR. Rev Eletr Enf [Internet]. 2011 abr/jun;13(2):199-210. Available from: http://dx.doi.org/10.5216/ree.v13i2.10162.

Manuscrito 3

Cuidado nutricional pré-natal melhora resultado perinatal de gestantes no contexto da Atenção Primária à Saúde em Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil.

Cuidado nutricional pré-natal melhora resultado perinatal de gestantes no contexto da Atenção Primária à Saúde em Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil.

RESUMO

Introdução: Evidências científicas apontam a efetividade do pré-natal e do cuidado nutricional sobre a melhoria dos resultados perinatais. **Objetivo**: avaliar o impacto de uma proposta de cuidado nutricional pré-natal no resultado perinatal no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS). **Métodos**: trata-se de um estudo do tipo ensaio clínico não randomizado controlado desenvolvido com 284 gestantes/puérperas, atendidas em Clínica da Família na região de Manguinhos, Zona Norte do município do Rio de Janeiro. Foram definidos dois grupos de estudo: o grupo intervenção (GI; n=122), formado pelas gestantes atendidas pelo pré-natal e que receberam o cuidado nutricional por meio de consultas coletivas com nutricionista, e o grupo controle (GC; n=162), constituído por mulheres atendidas pelo pré-natal e que não receberam a intervenção. As variáveis independentes analisadas foram: fatores socioeconômicos e ambientais; dados da assistência pré-natal; características maternas - biológicas, obstétricas e clínicas. **Resultados**: Comparando-se os grupos, verificou-se maior proporção de intercorrências gestacionais (p=0,000) e da inadequação do ganho de peso gestacional total (p=0,031) no GC. No modelo final, constatou-se que pertencer ao GC (OR ajustada=4.721; IC 95%=1.009-22.090) e morar com quatro pessoas ou mais no domicílio (OR ajustada=2.692; IC 95%=1.021-7.101) foram os determinantes das intercorrências gestacionais, enquanto que pertencer ao GC (OR ajustada=2.354; IC 95%=1.063-5.213) e iniciar o pré-natal com mais de 16 semanas de gestação (OR ajustada=8.509; IC 95%=1.023-70.784) foram determinantes da inadequação do ganho de peso gestacional. **Conclusão**: Os resultados encontrados reforçam que a proposta de cuidado nutricional pré-natal estruturada no âmbito na APS contribuiu para melhoria da saúde das gestantes.

Palavras chave: gravidez; educação alimentar e nutricional; cuidado pré-natal.

ABSTRACT

Introduction: Scientific evidence suggests the effectiveness of prenatal and nutritional care on the improvement of perinatal outcomes. Objective: To assess the impact of a proposal for prenatal nutritional care on perinatal outcome in the context of primary health care (PHC). **Methods**: it is a study of the clinical trial type nonrandomized and controlled, developed with 284 pregnant/postpartum women assisted at a Family Clinic in the region of Manguinhos, North Zone of the city of Rio de Janeiro. Two groups were defined: the intervention group (IG; n = 122), formed by the pregnant women attending prenatal appointments and receiving nutritional care through collective consultations with a nutritionist, and the control group (CG, n = 162) consisting of women attending prenatal appointments and who did not receive the intervention. The dependent variables were pregnancy complications and inadequacy of the total gestational weight gain. The independent variables analyzed were: socioeconomic and environmental factors; data from prenatal care; biological, obstetric and clinical data. **Results**: Comparing the groups, there was a higher proportion of pregnancy complications (p=0,000) and of inadequacy of the total gestational weight gain (p=0.031) in CG. In the final model, it was found that belonging to the GC (adjusted OR=4.721; CI 95%=1.009-22.090) and living with four or more people in the household (adjusted OR=2.692; CI 95%=1.021-7.101) were the determinants of pregnancy complications, while belonging to the GC (adjusted OR=2.354; CI 95%=1.063-5.213) and starting prenatal after 16 weeks of gestation (adjusted OR =8.509; CI 95%=1.023-70.784) were determinants of inadequate pregnancy weight gain. **Conclusion**: The findings reinforce that the proposed pre-natal nutritional care structured within the PHC contributed to improving the health of pregnant women.

Keywords: pregnancy; food and nutrition education; prenatal care

INTRODUÇÃO

A morbidade materna, reconhecidamente, antecede e está fortemente associada à mortalidade neonatal. Nessa perspectiva, o cuidado pré-natal adequado, com detecção e intervenção precoces sobre as situações de risco, bem como a qualificação da assistência ao parto, constituem determinantes dos indicadores de saúde relacionados ao binômio mãe-filho, com o potencial de reduzir as principais causas de mortalidade materna e neonatal (Cecatti, 2005; Alvim *et al*., 2007, Brasil, 2012a).

De maneira semelhante, evidências científicas também sugerem a importância do cuidado nutricional pré-natal nos desfechos para a mulher e para o recém-nascido (Christian, 2002; Rouse, 2003; Agayo *et al*., 2004; Chagas *et al*., 2011; Niquini *et al*., 2012; Niquini *et al*., 2013; Padilha *et al*., 2015). Sendo assim, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2010) destaca o cuidado nutricional como uma estratégia pré e pós-natal com vistas à melhoria da saúde materna, do recém-nascido e da criança, enquanto que o Ministério da Saúde (MS), por meio da Política Nacional de Alimentação e Nutrição – PNAN, prevê a organização da atenção nutricional nos serviços de saúde, sobretudo no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), de forma a atender às demandas geradas pelos agravos relacionados à nutrição, especialmente dos grupos mais vulneráveis, como o materno-infantil (Brasil, 2012b).

Considerando a transversalidade das ações que compõem a PNAN e sua primeira diretriz, a organização da atenção nutricional nas diferentes fases do curso da vida, incluindo gestantes, puérperas e crianças menores de 2 anos, o cuidado nutricional deverá subsidiar as demandas e necessidades de saúde desse grupo, considerando as de maior frequência e relevância e observando critérios de risco e vulnerabilidade (Brasil, 2012b).

Apesar do crescente número de trabalhos que confirmam os benefícios da nutrição adequada sobre o resultado da gestação, ainda são poucos os estudos que tratam sobre o perfil

de saúde e nutrição e qualidade da assistência, assim como propostas de cuidado nutricional estruturadas e específicas destinados a gestantes e puérperas atendidas na abrangência da APS (Costa *et al.*, 2009). Com base nesse pressuposto e na necessidade de se planejar e organizar as ações de alimentação e nutrição na rede de atenção à saúde, este trabalho teve como objetivo avaliar o impacto de uma proposta de cuidado nutricional pré-natal, voltada para a APS, no resultado perinatal de gestantes atendidas em uma Clínica da Família (CF) na região de Manguinhos, Rio de Janeiro.

MÉTODOS

População estudada e critérios de inclusão

O presente estudo faz parte do projeto intitulado "Cuidado Nutricional Pré-natal na Atenção Primária à Saúde na Área de Manguinhos, Rio de Janeiro", desenvolvido com gestantes/puérperas atendidas nessa região nos anos de 2012-2015, totalizando uma amostra de 284 mulheres adultas e adolescentes. Trata-se de um estudo do tipo ensaio clínico não-randomizado controlado, publicado na plataforma de Registros Brasileiros de Ensaios Clínicos sob o número de registro RBR-2x4gm7.

Foram incluídas na pesquisa as mulheres que atenderam aos seguintes critérios inclusão: com gestação de feto único, com idade gestacional até 24 semanas, sem doenças crônicas com início prévio à gestação e que foram acompanhadas durante o pré-natal de uma Clínica da Família da Zona Norte do Rio de Janeiro. Foram excluídas da amostra as gestantes moradoras de rua e as que tiveram aborto ou filho natimorto na gestação atual. Foram consideradas perdas da amostra as que se mudaram para outra região que não fosse coberta pela CF do estudo e que não apresentassem dados relativos ao puerpério.

Grupos de estudo

Todas as mulheres que atendessem aos critérios de inclusão pré-estabelecidos eram convidadas a participar das consultas coletivas e receber o cuidado nutricional estruturado. A partir dessa seleção, foram definidos dois grupos de estudo: o grupo intervenção (GI), formado por gestantes atendidas pelo pré-natal da CF, que atenderam aos critérios de inclusão pré-estabelecidos, aceitaram participar das consultas coletivas e que receberam o cuidado nutricional estruturado; e o grupo controle (GC), constituído por mulheres atendidas no pré-natal da CF, que atenderam aos critérios de inclusão pré-estabelecidos e que, apesar de terem sido convidadas, não sofreram a intervenção por não demonstrar intenção em participar das consultas coletivas.

As integrantes do GI foram captadas por meio de abordagem nas salas de espera, nas consultas de odontologia ou por encaminhamentos da equipe de saúde. Já as mulheres que compuseram o GC e que tiveram seus dados coletados por meio de prontuário, apesar de terem sido abordadas da mesma forma, foram selecionadas para compor o GC por não aceitarem participar das consultas coletivas (intervenção).

A coleta de dados do GI foi realizada na primeira consulta e nas consultas subsequentes, incluindo as de pós-parto, por meio de entrevista com a equipe de pesquisadores treinados e de consulta à caderneta de saúde da criança e cartão da gestante, enquanto que os dados retrospectivos dos participantes do GC foram coletados por meio de consultas aos prontuários.

Ambos os grupos de estudo receberam o cuidado pré-natal tradicional oferecido pela clínica da família, por meio de consultas individualizadas, baseado na avaliação diagnóstica, solicitação de exames complementares, prescrições, aconselhamento e encaminhamentos.

Orientações nutricionais eram realizadas de maneira verbal e informal pelos médicos e enfermeiros, de acordo com as demandas das gestantes.

Intervenção

No caso do GI, além do cuidado pré-natal tradicional, as mulheres receberam o cuidado nutricional, oferecido em três consultas coletivas ao longo do pré-natal, caracterizadas como “rodas de conversa” (RC), estruturadas da seguinte forma: avaliação do prontuário; avaliação nutricional; desenvolvimento de atividades educativas relacionadas à saúde e alimentação; entrega de material educativo.

A avaliação nutricional e do prontuário forneceu subsídios para a elaboração do cuidado nutricional desenvolvido na RC, na qual foram aplicadas as técnicas de aconselhamento nutricional e dietético (Líbera *et al*., 2011), levando-se em consideração o que a mulher pensa, como ela vive, seu cotidiano, suas representações sociais sobre o “estar grávida” e suas práticas alimentares.

A intervenção foi aplicada por nutricionistas treinadas visando à padronização dos procedimentos do protocolo do cuidado nutricional. Ao longo das RC as gestantes eram informadas quanto ao diagnóstico nutricional e ganho de peso encontrados, com explicações sobre o que estes representavam, de forma a prover as devidas orientações para cada caso.

A gestante era orientada quanto à alimentação saudável, baseada no Guia Alimentar para a População Brasileira (Brasil, 2008), de acordo com as recomendações nutricionais, incluindo orientação por escrito sobre os grupos de alimentos que deveriam ser consumidos em cada refeição; alimentação na gravidez, orientação correta sobre o ganho de peso e ênfase nas fontes dietéticas de ferro, cálcio, vitamina C e A. Também eram feitas orientações sobre prevenção e tratamento de sinais e sintomas digestivos, intercorrências gestacionais,

picamalácia, anemia e cegueira noturna gestacional. Dietas com restrição calórica não eram recomendadas na gestação, mesmo para as gestantes com ganho excessivo de peso. Além disso, a adesão ao uso de suplementos também era avaliada. Em todas as RC eram entregues materiais educativos relacionados à saúde da mulher e da criança.

Além dos temas relacionados à alimentação e nutrição da gestante, foram abordados nas RC assuntos como modificações corporais e psicossociais e desenvolvimento fetal, atividade física, saúde bucal, pós-parto e cuidados com o bebê, além de questões específicas demandadas pelas próprias gestantes, como insegurança familiar e conjugal e violência na comunidade, dentre outros. Pelo fato das RC apresentarem caráter multidisciplinar, outros profissionais da clínica (médico, enfermeiro, assistente social, dentista, psicólogo) também eram convidados a participar dos grupos. Os materiais entregues à gestante foram as cartelas *Acompanhando o desenvolvimento da gravidez* e o *Livro de Bolsa de Mãe* (Santos, 2011; Castro, Santos e Baião, 2013).

Variáveis estudadas

As variáveis dependentes ou desfechos estudados foram: intercorrências gestacionais e inadequação do ganho de peso gestacional total.

As intercorrências gestacionais consideradas foram: síndromes hipertensivas da gestação (SHG), diabetes gestacional, anemia gestacional, infecção do trato urinário, oligodramnia e polidramnia, identificadas conforme os registros médicos e exames disponíveis nos prontuários ou cartões das gestantes (Brasil, 2012a). A dosagem de hemoglobina <11g/dl foi adotada para diagnóstico de anemia (Brasil, 2012a). Esta variável foi analisada de forma dicotômica, considerando as categorias com intercorrências (quando a

gestante apresentava uma ou mais intercorrências) e sem intercorrências, e também categórica.

A avaliação antropométrica e do ganho de peso gestacional total foi feita com base nas medidas: peso pré-gestacional informado ou medido antes da 14ª semana gestacional, estatura e peso pré-parto ou da última consulta de pré-natal antes do parto. Calculou-se e avaliou-se o Índice de Massa Corporal (IMC) pré-gestacional (IOM, 2009) por meio da fórmula: IMC = peso pré-gestacional (kg)/ altura (m^2). Estimou-se o ganho de peso gestacional total por meio de subtração do peso pré-gestacional do peso pré-parto ou do registrado na última consulta pré-natal que ocorreu até no máximo 7 dias antes do parto. Esta variável foi analisada de forma dicotômica, considerando as categorias ganho de peso adequado (ganho de peso gestacional total dentro das faixas recomendadas), segundo a idade gestacional ao parto (de acordo com o registro na caderneta da gestante), a partir de 37 semanas de gestação, e ganho de peso inadequado (ganho de peso gestacional total abaixo ou acima das faixas recomendadas) (IOM, 2009).

As variáveis independentes analisadas foram: maternas - fatores socioeconômicos e ambientais, dados da assistência pré-natal e dados obstétricos.

As características socioeconômicas e ambientais analisadas foram: grau de instrução (até o ensino fundamental completo, ensino fundamental completo ou mais), cor da pele (brancas ou pretas e pardas), situação marital (casada/vive com companheiro), fumo na gestação (sim ou não); número de pessoas no domicílio (<4 ou ≥ 4) e condições de saneamento da moradia (adequado - quando a gestante relatava acesso à água tratada, rede geral de esgoto e coleta de lixo; e inadequado quando, ao menos uma parâmetro não era atendido).

Os dados da assistência pré-natal analisados foram: número de consultas de pré-natal (até 6 e 6 ou mais; a variável número de consultas de pré-natal foi analisada nas formas

categórica e discreta); número de consultas coletivas (0 a 1, 2 ou 3; a variável número de consultas coletivas foi analisada nas formas categórica e discreta) e grupo de estudo (grupo intervenção - quando recebeu o cuidado nutricional, grupo controle - quando não recebeu cuidado nutricional).

Os dados obstétricos analisados foram: IMC pré-gestacional (IMC< 18,5Kg/m^2 – baixo peso, IMC entre 18,5 e 24,9Kg/m^2 – normal, IMC entre 25 e 29,9Kg/m^2 – sobrepeso e IMC ≥ 30,0Kg/m^2 – obesidade; a variável IMC pré-gestacional foi analisada nas formas categórica, contínua e estratificada), idade gestacional na primeira consulta de pré-natal (<16 semanas; ≥16 semanas) e história de aborto (sim ou não).

Tamanho amostral

A amostra foi selecionada por conveniência, não tendo sido definida *a priori*, sendo incluídas todas as gestantes/puéperas atendidas na CF em questão, durante um período de 3 anos (2012-2015), e que atendessem aos critérios de inclusão pré-estabelecidos, respeitando-se os aspectos éticos.

Análises estatísticas

Foram calculadas as medidas de tendência central, média e desvio padrão de variáveis contínuas. Inicialmente avaliou-se a semelhança entre os grupos de estudo no *baseline*, por meio da comparação das características sociodemográficas, obstétricas e do pré-natal, utilizando-se o teste Qui-quadrado e nível de significância de 5%. Na análise dos dados, testou-se a associação entre os possíveis determinantes das intercorrências gestacionais e inadequação do ganho de peso em gestantes, por meio da análise bivariada, estimando-se as

odds ratio (OR) brutas com os intervalos de confiança (IC) de 95%, por meio da regressão logística simples.

Para a construção do modelo final as variáveis foram introduzidas considerando o valor de $P<0.25$ obtido na análise bivariada e variáveis identificadas como relevantes segundo outros achados científicos.

No modelo final, foram estimadas as OR ajustadas, com seus respectivos intervalos de confiança (IC) 95%, por meio da regressão logística, onde seus resultados foram expressos por meio das OR brutas e ajustadas. As análises foram feitas no pacote estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) versão 20.

Qualidade dos dados

Para analisar a confiabilidade das informações obtidas no presente estudo, mediu-se a equivalência entre os resultados obtidos por pesquisadores diferentes, em um mesmo prontuário, selecionados aleatoriamente (n=22). O coeficiente de correlação intraclasse (CCIC) e o *Kappa* (k) foram calculados para avaliar a concordância de variáveis ordinais ou contínuas e categóricas respectivamente, com intervalo de confiança (IC) de 95% (Pereira, 2005). Na interpretação dos índices de concordância considerou-se >0,61 como boa concordância (Landis e Koch, 1977).

Questões éticas

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – CEP/ENSP, constituído nos Termos da Resolução CNS n° 196/96 (Brasil, 1998), sob o protocolo de pesquisa n° 238/10, em 16/02/2011. Não foi necessária a

apresentação do termo de consentimento livre e esclarecido para o grupo controle. Ressalta-se que o estudo também atendeu aos aspectos éticos previstos na Resolução 466/2012 (Brasil, 2012c).

RESULTADOS

Na avaliação da qualidade dos dados por meio da análise dos índices de concordância interavaliadores, verificou-se que houve boa padronização nos procedimentos de obtenção das informações coletadas, tendo sido encontrados os valores de CCIC (>0,839) e k (>0,808).

Foram estudadas 284 gestantes assistidas em uma CF, divididas em dois grupos: controle (GC; n=162) e intervenção (GI; n=122). O processo de seleção da amostra e formação dos grupos encontra-se na figura 1.

As gestantes estudadas apresentaram idade média de 23,8 anos (DP = 6,4), estando a mais jovem com 13 e a mais velha com 41 anos. A maioria era casada ou vivia com o companheiro (57,3%), tinha cor da pele preta ou parda (77,5%), completou o ensino fundamental (56,8%) e vivia em condições adequadas de saneamento no domicílio (88,4%). Quanto aos desfechos perinatais, observou-se que 65,9% das mulheres apresentaram inadequação do ganho de peso gestacional total e, 75,3% cursaram a gestação com intercorrências gestacionais, sendo as principais infecção do trato urinário (41,0%), anemia (21,4%), síndromes hipertensivas da gestação (10,5%) e diabetes gestacional (4,3%).

A **Tabela 1** consolida os dados sociodemográficos, obstétricos e do pré-natal das gestantes. As mulheres integrantes dos dois grupos de estudo apresentaram similaridade no *baseline* em relação à cor da pele, ocupação, condições de saneamento da moradia, uso de fumo na gestação e classificação do IMC pré-gestacional.

Em relação aos desfechos perinatais, verificou-se maior proporção de intercorrências gestacionais (p=0,000) e de inadequação do ganho de peso gestacional total (p=0,028) no GC (**tabela 2**) em comparação ao GI. Observou-se ainda que a média de ganho do ganho de peso gestacional total no GC foi de 10,8kg e no GI de 13,0kg (p=0,368).

A proporção de gestantes que realizaram 6 consultas ou mais de pré-natal também foi maior no GI em comparação ao GC, sendo a média de 6,1 (DP=3,3) consultas no GC e 8,1 (DP=2,3) no GI (p=0,000). O número médio de consultas coletivas no GI foi de 2,1 (DP=0,8). Não foram observadas diferenças entre os grupos de estudo quanto ao número de gestações (GC=1,92; GI=1,96; p=0,823), número de partos (GI=0,67; GC=0,82; p=0,145), idade gestacional na primeira consulta de pré-natal (GC=12,1; GI=11,2; p=0,422), IMC pré-gestacional (GC=24,4; GI=23,6; p=0,578) e idade gestacional no parto (GC=39,0; GI=39,2; p=0,708).

No presente estudo os desfechos *intercorrências gestacionais* e *inadequação do ganho de peso gestacional total* foram selecionados como variáveis de interesse, considerando as altas prevalências entre as gestantes estudadas (75,3% e 65,9%, respectivamente) e as diferenças significativas observadas entre o GC e GI.

A análise bivariada identificou como possíveis fatores determinantes das intercorrências gestacionais as variáveis socioeconômicas: situação marital (p=0,006), grau de instrução (p=0,232), fumo na gestação (p=0,060) e número de pessoas no domicílio (p=0,006). Quanto às variáveis relacionadas à assistência pré-natal e às características maternas: número de consultas de pré-natal (p=0,207), IMC pré-gestacional (p=0,255) e o grupo de estudo (p=0,002) também associaram-se ao desfecho.

Na análise bivariada para a identificação dos possíveis fatores determinantes da inadequação do ganho de peso gestacional, considerando as características socioeconômicas, verificou-se que as variáveis cor da pele (p=0,132) e fumo na gestação (p=0,115) associaram-

se ao desfecho. Quanto às variáveis relacionadas à assistência pré-natal e às características maternas, o número de consultas coletivas (p=0,010) e de o pré-natal (p=0,198), idade gestacional na primeira consulta (p=0,044) e o grupo de estudo (p=0,030) também associaram-se ao desfecho. Ainda que as variáveis número de pessoas na família, grau de instrução e IMC pré-gestacional tenham apresentado p-valor> 0,25 na análise bivariada, foram consideradas na análise multivariada tendo em vista os achados científicos que demonstram suas influências no ganho de peso gestacional.

Na análise multivariada para o desfecho intercorrências gestacionais, verificou-se que após o ajuste do modelo, as variáveis, situação marital, fumo na gestação e número de consultas de pré-natal perderam a significância, permanecendo apenas as variáveis grau de instrução, número de pessoas no domicílio, grupo de estudo e classificação do IMC pré-gestacional como determinantes das intercorrências gestacionais (**tabela3**). Constatou-se que pertencer ao GC (OR ajustada= 4.721; IC 95% = 1.009-22.090) e morar com quatro pessoas ou mais no domicílio (OR ajustada= 2.692; IC 95%= 1.021-7.101) foram os determinantes das intercorrências gestacionais.

Na análise multivariada para o desfecho inadequação do ganho de peso gestacional, após os ajustes, permaneceram apenas as variáveis grau de instrução, grupo de estudo, idade gestacional na primeira consulta de pré-natal, número de consultas de pré-natal e classificação do IMC pré-gestacional (**tabela 3**). Assim, constatou-se que pertencer ao GC (OR ajustada = 2.354; IC 95% = 1.063-5.213) ou iniciar o pré-natal depois de 16 semanas (OR ajustada = 8.509; IC 95% = 1.023-70.784) foram determinantes da inadequação do ganho de peso gestacional.

DISCUSSÃO

As intercorrências gestacionais e inadequação do ganho de peso gestacional total foram os desfechos com maiores prevalências no estudo, sendo em menores proporções no grupo intervenção. Tal achado pode estar relacionado ao aconselhamento nutricional e dietético estruturado por meio de consultas coletivas, sendo um diferencial oferecido às gestantes ao longo do pré-natal, reforçando a importância da organização da atenção nutricional dispensado ao grupo materno-infantil no âmbito da APS. É possível que outras associações não tenham sido significativas devido ao tamanho amostral reduzido.

Ainda que parte das gestantes pertencentes ao GC tenham recebido informações sobre alimentação, este procedimento era realizado de maneira genérica, possivelmente em decorrência do despreparo dos profissionais das equipes mínimas de saúde para lidar com questões nutricionais não específicas de suas formações técnicas (Niquini *et al*., 2012).

No presente estudo foi observado que pertencer ao grupo controle e conviver com quatro ou mais pessoas no domicílio foram os determinantes para intercorrências gestacionais, assim como pertencer ao grupo controle e iniciar o pré-natal depois de 16 semanas foram determinantes para a inadequação do ganho de peso gestacional. Optou-se por não utilizar a variável renda per capita em decorrência do grande percentual de perdas encontradas (68%).

Em relação ao número de pessoas vivendo no mesmo domicílio da gestante, é observado que, quanto maior o número de pessoas, maior a inadequação da realização do pré-natal (Saavedra e Cesar, 2015) e, consequentemente, maior risco de resultados obstétricos desfavoráveis. Em estudo sobre a avaliação do processo da assistência nutricional no pré-natal em unidades de saúde da família, Niquini *et al*. (2012) identificaram menor conformidade nos procedimentos de registro de peso pré-gestacional no cartão (p=0,023) e registro de estatura no cartão (p=0,023) para as gestantes que moravam com três pessoas ou mais. Nesse mesmo estudo foi identificado que as gestantes que moravam com menos de três pessoas tiveram um maior relato de recebimento de orientações sobre consumo de alimentos. É possível que o

maior número de pessoas na família esteja associado à precariedade socioeconômica, menor acesso ao serviço de saúde e informações e, consequentemente, à maior dificuldade de seguir as orientações recebidas.

As principais intercorrências gestacionais detectadas no estudo atual foram infecção do trato urinário, anemia, síndromes hipertensivas da e diabetes gestacional. Em relação a esses desfechos, a literatura científica aponta que a intervenção nutricional pré-natal está associada a menores prevalências de hipertensão e diabetes gestacionais, assim como a anemia (Girard e Olude, 2012; Vítolo *et al*. 2011, Noronha *et al*. 2013), prematuridade e baixo peso. Tal achado torna-se relevante tendo em vista as consequências que as intercorrências gestacionais podem trazer para a saúde materno-infantil. A hipertensão arterial é considerada como a principal causa de morbimortalidade materna e perinatal (Cruz, Gao e Hibbard, 2011), podendo estar associada à prematuridade, recém-nascidos pequenos para idade gestacional (PIG), síndrome respiratória e Apgar baixo no 1º e 5º minutos (Oliveira *et al*., 2006). O diabetes gestacional encontra-se associado a complicações maternas como pré-eclâmpsia e predispõe a mulher ao desenvolvimento do diabetes tipo 2 após o parto. Além disso, a hiperglicemia materna pode resultar na hiperinsulinemia fetal, levando à macrossomia, além de obesidade e resistência insulínica na infância (Sugiyama *et al*., 2014).

O impacto negativo da inadequação do ganho de peso gestacional na saúde da mulher e da criança também vem sendo amplamente discutido na literatura científica, como o ganho de peso excessivo associado ao maior risco de hipertensão arterial gestacional, e macrossomia (Chen *et al*., 2010; Haugen *et al*., 2014), o ganho insuficiente, ao nascimento de crianças PIG (Tsai *et al*., 2012).

Observou-se nesse estudo que, das mulheres que compareceram a 2 ou 3 rodas de conversa, 92,3% passaram por 6 consultas ou mais de pré-natal, enquanto que das que não participaram das rodas ou compareceram somente a 1, apenas 58,3% passaram por 6 consultas

ou mais de pré-natal (p=0,000; dados não apresentados). Com base nesses achados, sugere-se que a adesão ao pré-natal e ao cuidado nutricional estejam associados.

Corroborando esses achados, Vítolo *et al.* (2011) observaram que a prevalência de gestantes com excesso de peso que ganharam mais de 10 kg no intervalo entre a primeira e a terceira consultas foi maior no grupo controle (29,1%) quando comparado com o grupo intervenção (12,5%; RR=0,4; IC95%=0,19-0,96). Em estudo de meta-análise conduzido por Thangaratinam *et al*. (2012) foi identificado que a intervenção dietética resultou em significativa redução do ganho de peso gestacional associada à melhora nos desfechos perinatais em comparação com outros tipos de intervenção.

Como limitações do estudo pode-se destacar o subregistro de informações, sobretudo das integrantes do GC, em decorrência da ausência de registro nos prontuários. Como forma de minimizar tal situação, salienta-se a boa confiabilidade dos dados coletados, obtida por meio dos valores de CCIC e *Kappa*. Além disso, o desenvolvimento da pesquisa em apenas uma clínica da família no município do Rio de Janeiro não permite que os achados desse estudo sejam extrapolados para a população da cidade como um todo. Ainda assim, é importante frisar que a unidade de saúde em questão é composta por seis equipes de saúde da família, três equipes de saúde bucal e um consultório de rua, responsáveis pela cobertura de cerca de mais de seis mil usuários. Em adição, o fato das mulheres do GC terem se recusado a participar das rodas de conversa pode supor que elas apresentavam menor motivação para se cuidarem. De forma semelhante, as mulheres que participaram do GC apresentaram um perfil diferenciado das que participaram do GI, sendo menos escolarizadas, tinham menos companheiros e tiveram menos consultas de pré-natal.

Levando-se em consideração que a atenção nutricional deve fazer parte do cuidado integral na RAS e diante do papel fundamental que tem a APS na RAS, esta se constitui como o campo privilegiado para a conjugação de ações intersetoriais e interdisciplinares para

implementação de estratégias que visem à melhoria do perfil de saúde e nutrição da população.

Logo, tendo em vista a necessidade de se planejar e organizar as ações de alimentação e nutrição na rede de atenção à saúde e a inexistência de estudos nacionais que proponham um protocolo de cuidado nutricional validado que possa ser implementado na abrangência da APS, o presente trabalho teve como propósito apresentar uma proposta de construção de um protocolo de cuidado nutricional a ser implementado em unidades de saúde na abrangência da APS. Apesar da intervenção ter sido coordenada por um nutricionista, espera-se que as RC também possam ser desenvolvidas por profissionais tanto do NASF quanto das ESF. O nutricionista, como apoiador do NASF, pode contribuir com a oferta de suporte técnico especializado à equipe interdisciplinar de saúde.

É oportuno destacar que a proposta de cuidado nutricional foi norteada pelas diretrizes da PNAN, em especial a primeira diretriz, com vistas à organização do cuidado nutricional pré-natal na APS, de forma a contribuir com a estruturação da rede de atenção à saúde do grupo materno-infantil. Além disso, previu rotinas de avaliação nutricional de baixa densidade tecnológica, com facilidades metodológicas, de maneira a fornecer subsídios para a estruturação do cuidado dietético e nutricional, visando à melhoria das condições de saúde e nutrição de mulheres e seus filhos.

CONCLUSÃO

Os resultados encontrados no presente estudo reforçam que a proposta de cuidado nutricional pré-natal no âmbito na APS contribuiu para a saúde das gestantes. Sendo assim, espera-se que o protocolo de cuidado nutricional proposto possa ser reproduzido em outras unidades de saúde, de forma multidisciplinar, no âmbito das estratégias de atenção à saúde à

gestante, de maneira a promover um incremento na adequação do ganho de peso gestacional total e redução das intercorrências gestacionais.

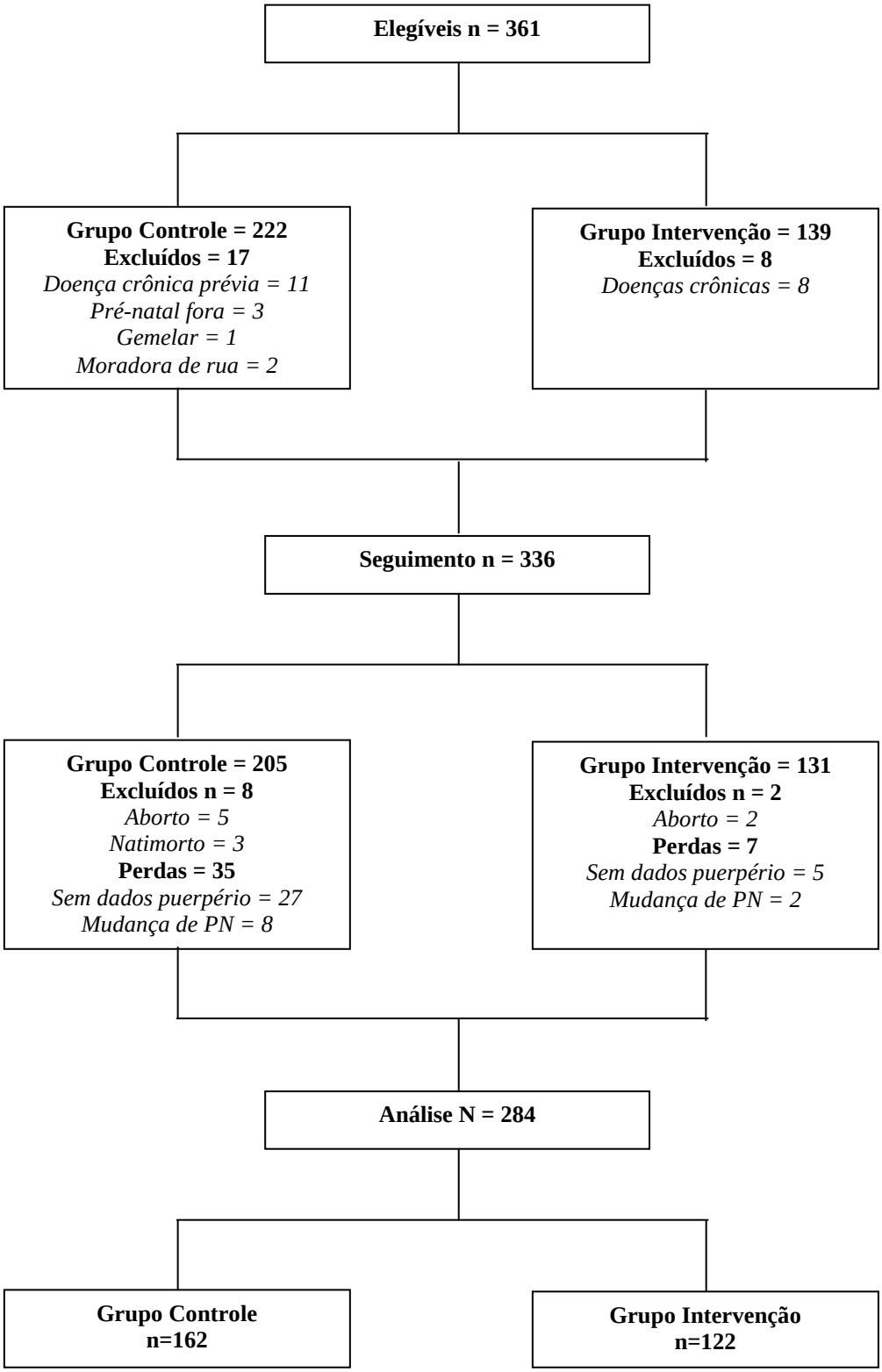


Figura 1: Processo de seleção da amostra e formação dos grupos (GC e GI)

Tabela 1. Distribuição das gestantes segundo características sociodemográficas, obstétricas e do pré-natal nos grupos controle (GC) e intervenção (GI). Manguinhos, Rio de Janeiro, RJ. 2012-2015.

Variáveis Maternas	GC		GI		
	n	%	n	%	p-valor*
Idade na concepção (n=280)					
Adolescente	32	20,4	45	36,6	0,003
Adulta	125	79,6	78	63,4	
Grau de instrução (n=266)					
Até EFI	73	50,7	42	34,4	0,008
EFC ou mais	71	49,3	80	65,6	
Cor da pele (n=271)					
Branca	39	26,2	22	18,0	0,110
Preta ou parda	110	73,8	100	82,0	
Situação Marital (n=267)					
Casada /vive com companheiro	67	46,2	86	70,5	0,000
Vive sem companheiro	78	53,8	36	29,5	
Ocupação (n=238)					
Não trabalha	85	73,3	85	69,7	0,538
Trabalha	31	26,7	37	30,3	
Recebe ajuda governamental (n=229)					
Sim	44	41,1	27	22,1	0,002
Não	63	58,9	95	77,9	
Condições de saneamento da moradia (n=242)					
Adequado	105	87,5	109	89,3	0,654
Inadequado	15	12,5	13	10,7	
Fumo na gestação (n=247)					
Sim	18	14,4	12	9,8	0,272
Não	107	85,6	110	90,2	
IMC pré-gestacional (n=193)					
Baixo peso e adequado	44	56,4	72	62,6	0,388
Sobrepeso e obesidade	34	43,6	43	37,4	
No. de consultas de PN (n=225)					
Menos de 6	57	47,5	12	11,4	0,000
6 ou mais	63	52,5	93	88,6	

Legenda: GC = grupo controle; GI = grupo intervenção; EFI = ensino fundamental incompleto; EFC = ensino fundamental completo; IMC = índice de massa corporal; IG = idade gestacional; No. = número; PN = pré-natal.
* Qui-quadrado.

Tabela 2. Distribuição das gestantes segundo desfechos perinatais nos grupos controle (GC) e intervenção (GI). Manguinhos, Rio de Janeiro, RJ. 2012-2015.

Variáveis Maternas	**GC**		**GI**		
	n	**%**	**n**	**%**	**p-valor***
Peso ao nascer (n=223)					
Baixo peso	8	7,6	8	6,8	0,808
Adequado	97	92,4	110	93,2	
IG ao nascer (n=195)					
Prematuro	6	7,7	7	6,0	0,639
A termo	72	92,3	110	94,0	
Presença de intercorrências gestacionais (n=150)					
Sim	43	95,6	70	66,7	0,000
Não	2	4,4	35	33,3	
Inadequação do ganho de peso gestacional total (n=170)					
Sim	46	76,7	66	60,0	0,028
Não	14	23,3	44	40,0	

Legenda: GC = grupo controle; GI = grupo intervenção; IG = idade gestacional.
* Qui-quadrado.

Tabela 3: Modelo final com as *odds ratio* brutas e ajustadas para estimativa dos determinantes dos desfechos intercorrências gestacionais e inadequação do ganho de peso gestacional total em mulheres atendidas em Manguinhos. Rio de Janeiro, RJ. 2012-2015.

Intercorrências gestacionais							
Variáveis		***p-valor****	**OR Bruta**	**IC 95%**	***p-valor****	**OR Ajustada**	**IC 95%**
Grupo de estudo	GC	0.002	10.750	2.460-46.974	0.049	4.721	1.009-22.090
	GI		1.000				
No. de pessoas no domicílio	4 +	0.006	3.434	1.433-8.229	0.045	2.692	1.021-7.101
	≤ 3		1.000				
Classificação do IMC pré-gestacional	Sobrepeso /Obesidade	0.255	0.629	0.284-1.396	0.177	0.551	0.232-1.309
	Baixo peso /Normal		1.000				
Grau de instrução	Até EFI	0.232	1.634	0.731-3.650	0.903	0.942	0.362-2.451
	EFC ou mais		1.000				
Inadequação do ganho de peso							
Variáveis		***p-valor****	**OR Bruta**	**IC 95%**	***p-valor****	**OR Ajustada**	**IC 95%**
Grupo de estudo	GC	0.030	2.190	1.077-4.453	0.035	2.354	1.063-5.213
	GI		1.000				
No. de consultas de PN	Até 6	0.198	2.000	0.695-5.753	0.583	1.415	0.410-4.888
	6 ou mais		1.000				
Grau de instrução	Até EFI	0.828	0.929	0.476-1.811	0.338	0.699	0.335-1.456
	EFC ou mais		1.000				
IG na primeira consulta de PN	≥16ª. semana de gestação	0.044	8.227	1.054-64.223	0.048	8.509	1.023-70.784
	<16ª. semana de gestação		1.000				
Classificação do IMC pré-gestacional	Sobrepeso /Obesidade	0.354	1.379	0.699-2.720	0.476	1.317	0.618-2.806
	Baixo peso /Normal		1.000				

Legenda: OR = *odds ratio*;IC 95% = intervalo de confiança de 95%; GC = grupo controle; GI = grupo intervenção; No. =número**;** IMC = índice de massa corporal;EFI = ensino fundamental incompleto; EFC = ensino fundamental completo; IG =idade gestacional; PN = pré-natal.
*Regressão logística simples

Referências

Agayo VM, Roley JA, Malanzele J, Meershoek SP. Oppotunities for improving the quality of nutritional services in the national health system in Mozambique: findings from Manica Province. J Trop Pediatrics 2004; 50(5):314-318.

Alvim DAB, Bassoto TRP, Marques GM. Sistematização da assistência de enfermagem à gestante de baixo risco. Rev Meio Amb Saúde 2007; 2(1):258-272.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção básica de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1459. Institui a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde; 2012a.

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

Brasil. Ministério da Saúde, 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2012c.

Cecatti JG. Saúde da mulher: enfoque da evidência científica para a prevenção da morbidade e mortalidade materna. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. 2005; 5(1):9-11.

Chagas CB; Ramalho A; Padilha PC; Líbera BD; Saunders C. Reduction of vitamin A deficiency and anemia in pregnancy after implementing proposed prenatal nutritional assistance. Nutr Hosp. 2011; 26(4):843-850.

Chen Z, Du J, Shao L, Zheng L, Wu M, Ai M, *et al*. Prepregnancy body mass index, gestational weight gain, and pregnancy outcomes in China. Int J Gynaecol Obstet 2010; 109(1):41–44.

Christian P. Maternal nutrition, health, and survival. Nutr Rev 2002, 60(5pt2): S59-S63.

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. Cien Saude Colet 2009; 14(Supl.1):1347-1357.

Cruz MO, Gao W, Hibbard JU. Obstetrical and perinatal outcomes among women with gestational hypertension, mild preeclampsia, and mild chronic hypertension. Am J Obstet Gynecol 2011; 205(3):260.e1-9.

Girard AW, Olude O. Nutrition Education and Counselling Provided during Pregnancy: Effects on Maternal, Neonatal and Child Health Outcomes. Paediatr and Perinat Epidemiol 2012; 26 (Suppl. 1), 191–204.

Haugen M, Brantsaeter AL, Winkvist A, Lissner L, Alexander J, Oftedal B, *et al*. Associations of pre-pregnancy body mass index and gestational weight gain with pregnancy outcome and postpartum weight retention: a prospective observational cohort study. BMC Pregnancy Childbirth 2014; 11(14):201.

Institute of Medicine (IOM). Committee to Reexamine IOM Pregnancy Weight Guidelines. Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines. Guidelines Institute of Medicine; National Research Council, 2009.

Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. Biometrics 1977; 33:159-174.

Líbera BD, Baião MR, Santos MMAS, Padilha P, Alves PD, Saunders C. Adherence of pregnant women to dietary counseling and adequacy of total gestational weight gain. Nutr Hosp 2011; 26(1):79-85.

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.

Niquini RP, Bittencourt SA , LacerdaEMA , Saunders C , Leal MC. Atenção nutricional no pré-natal de baixo risco do Sistema Único de Saúde: teoria e modelização. Rev Bras Saude Mater Infant 2013; 13(4):345-358.

Noronha JA, Bhaduri A, Bhat HV, Kamath A. Interventional study to strengthen the health promoting behaviours of pregnant women to prevent anaemia in southern India. Midwifery 2013; 29(7):e35-41.

Oliveira CA, Lins CP, Sá RAM, Netto HC, Bornia RG, Silva NR, *et al*. Síndromes hipertensivas da gestação e repercussões perinatais. Rev Bras Saude Matern Infant 2006; 6(1):93-98.

Organização Mundial da Saúde (OMS). 2010. Packages of interventions for family planning, safe abortion care, maternal, newborn and child Health. Geneva: WHO (WHO/FCH/10.06).

Padilha PC, Mello LO, Neves EQC, Ghedini AC, Costa T, Saunders C. Evaluation of efficacy and effectiveness of prenatal nutritional care on perinatal outcome of pregnant women; Rio de Janeiro, Brazil. Nutr Hosp 2015; 32(2):845-854.

Pereira MG, 1999. Epidemiologia. Teoria e Prática. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.

Rouse DJ. Potential cost-effectiveness of nutrition interventions to prevent adverse pregnancy outcomes in the developing world. J Nutr 2003; 133(5 Suppl 2):1640S-1644S.

Santos MMAS. Avaliação do impacto de um programa de acompanhamento nutricional pré-natal no resultado obstétrico de gestantes adolescentes: uma conjugação das dimensões biomédica e sociocultural. [Tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Instituto de Nutrição Josué de castro, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2011.

Saavedra JS, Cesar JA. Uso de diferentes critérios para avaliação da inadequação do pré-natal: um estudo de base populacional no extremo Sul do Brasil. Cad. Saúde Pública 2015; 31(5):1003-1014.

Sugiyama T, Saito M, Nishigori H, Nagase S, Yaegashi N, Sagawa N, *et al*. Comparison of pregnancy outcomes between women with gestational diabetes and overt diabetes first diagnosed in pregnancy: A retrospective multi-institutional study in Japan. Diabetes Res Clin Pract 2014; 103(1):20-25.

Thangaratinam S, Rogozinska E, Jolly K, Glinkowski S, Roseboom T, Tomlinson JW *et al*. Effects of interventions in pregnancy on maternal weight and obstetric outcomes: meta-analysis of randomised evidence. BMJ 2012; 16(344):e2088.

Tsai IH, Chen CP, Sun FJ, Wu CH, Yeh SL. Associations of the pre-pregnancy body mass index and gestational weight gain with pregnancy outcomes in Taiwanese women. Asia Pac J Clin Nutr 2012; 21(1):82-7.

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):13-19.

Manuscrito 4

Rodas de conversa com gestantes: uma experiência de cuidado nutricional pré-natal em uma Clínica da Família na região de Manguinhos, RJ, Brasil.

Rodas de conversa com gestantes: uma experiência de cuidado nutricional pré-natal em uma Clínica da Família na região de Manguinhos, RJ, Brasil.

Resumo

A pesquisa teve como objetivo analisar os sentidos atribuídos por puérperas acerca do cuidado nutricional pré-natal desenvolvido em uma clínica da família (CF) na zona norte do município do Rio de Janeiro. O presente estudo teve como fundamentação a Hermenêutica de Profundidade (HP) de John B. Thompson (2011), um referencial metodológico voltado à interpretação das formas simbólicas ou construções significativas. Para alcançar o objetivo deste estudo, desenvolveu-se a observação participante e aplicaram-se entrevistas semiestruturadas a puérperas que participaram das rodas de conversa (RC), a principal estratégia de intervenção do cuidado nutricional. Participaram das entrevistas semiestruturadas 15 puérperas, escolhidas com base na conveniência. A maioria das gestantes era proveniente do Rio de Janeiro, tendo apenas o núcleo familiar como fonte de apoio, dona de casa e dependia financeiramente do marido. Grande parte estava vivenciando a primeira gestação e cinco delas apresentaram alguma história de intercorrência gestacional. As RC foram consideradas como um momento de promoção de saúde, “distração” e oportunidade de “conversar”; ou seja, um tempo para que as mulheres pudessem se dedicar ao cuidado delas mesmas. É possível que as gestantes tenham percebido as RC como uma forma de suporte emocional para suas inquietações, de afirmação de seus comportamentos e percepções, assim como de informação e orientação à sua nova condição de grávida. As RC foram consideradas como um momento altamente propício para o compartilhamento de vivências e experiências entre gestantes e profissionais, sendo observado um envolvimento significativo de ambas as partes no processo de produção do cuidado. Também foram reconhecidas como um espaço de acolhimento por possibilitar o diálogo, permitindo a livre expressão de dúvidas, sentimentos,

aflições, medos, ansiedades e expectativas, estreitando o vínculo entre a equipe de saúde e a gestante e entre as gestantes. As RC representaram uma estratégia importante para a promoção da saúde no período da gestação, pela possibilidade de acesso à informação e troca de experiências que proporcionaram espaços de humanização, cidadania e inclusão social.

Palavras chave: gravidez; nutrição pré-natal; atenção primária à saúde; educação alimentar e nutricional; pesquisa qualitativa.

Abstract

The research aimed to analyze the meanings attributed by mothers about prenatal nutritional care developed in a family clinic (FC) in the north of the city of Rio de Janeiro. This study has its basis on the Depth Hermeneutics (DH) by John B. Thompson (2011), a methodological framework focused on the interpretation of symbolic forms or significant buildings. To achieve the aim of this study we performed participant observations and semi-structured interviews with mothers who participated in the conversation circles (CC), the main intervention strategy of nutritional care. Semi-structured interviews were done with 15 mothers chosen based on convenience. Most of the women came from Rio de Janeiro, with only the nuclear family as a source of support, were housewives and depended financially on husband. Many were experiencing first pregnancy and five of them experienced some pregnancy complications in the former or previous pregnancy. CC were considered a time for health promotion, relaxation and the opportunity to "talk"; ie a time when women could devote themselves to care for themselves. It is possible that pregnant women have realized the CC as a form of emotional support for their concerns, when they could claim their behaviors and perceptions, as well as get information and guidance concerning their new status as pregnant. CC were considered as highly conducive to the sharing of experiences among pregnant women and professionals, and significant involvement of both parties in the care

production process was observed. It was also recognized as a welcoming environment for enabling dialogue, allowing free expression of doubts, feelings, sorrows, fears, anxieties and expectations, strengthening the bond between the team and the pregnant woman and among pregnant women. The CC represented an important strategy for promoting health in the period of pregnancy through the possibility of access to information and the exchange of experiences, being an environment of humanization, citizenship and social inclusion.

Keywords: pregnancy; prenatal nutrition; primary health care; food and nutrition education; qualitative research.

Introdução

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS) se destaca como um ponto da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no qual o cuidado implica um exercício de práticas gerenciais, democráticas e participativas, fundamentadas na integralidade e longitudinalidade, dirigidas às populações em seus territórios pela Estratégia Saúde da Família (ESF) (OPAS, 2011; Brasil, 2012a).

O cuidado em saúde se corporifica em um encontro, sendo inteiramente dependente das relações que se estabelecem entre os sujeitos envolvidos. Esse encontro possibilita o desenvolvimento de ações, que podem impactar positivamente nos problemas de saúde dos usuários dos serviços, sendo imprescindível o acolhimento, o vínculo, e a co-participação (Faria e Araujo, 2010; Merhy, 2002).

O acolhimento e o vínculo são elementos intercessores no processo de cuidado e produção de saúde. Pressupõem mudanças na relação profissional/usuário e sua rede social, profissional/profissional, mediante parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade. Nessa perspectiva, tanto profissionais quanto usuários, entendidos como sujeitos permeados por singularidades, são participantes ativos na construção da saúde (Brasil, 2010a; Franco, Bueno e Merhy, 1999).

De acordo com a organização da APS no contexto brasileiro, as equipes de saúde da família devem ser apoiadas por equipes multiprofissionais, que compõem o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), por meio do processo de matriciamento e da clínica ampliada. Assim, o nutricionista do NASF tem como atribuição dar suporte às equipes de saúde da família para o desenvolvimento de ações de alimentação e nutrição enquanto componentes do cuidado integral em saúde (Moura e Luzio, 2014; Brasil, 2010b).

Ainda que o cuidado nutricional priorize a realização de ações no âmbito da APS, este deverá incluir, de acordo com as necessidades dos usuários, outros pontos de atenção à saúde, assim como ações em diferentes equipamentos sociais (Brasil, 2012a).

O cuidado nutricional integra o conjunto de ações (saberes e práticas correspondentes ao campo e núcleo de formação em nutrição; Campos, 2000) do agir em saúde na RAS, tendo a APS como coordenadora e ordenadora desse cuidado, conforme a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), que define a Organização da Atenção Nutricional como sua primeira diretriz (Brasil, 2012a; 2012b).

Tomando como base os pressupostos da APS e a necessidade de organização da atenção nutricional (Brasil, 2012b), este estudo é parte de uma pesquisa que teve como objetivo implementar e avaliar uma proposta de cuidado nutricional pré-natal no contexto da APS em uma Clínica da Família (CF) na área de Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil.

Como uma etapa indispensável à implementação de intervenções, a avaliação pode contribuir para a tomada de decisões, em busca de estratégias de maior efetividade, e assegurar o cumprimento dos objetivos estabelecidos e o alcance das metas esperadas (Bosi e Uchimura, 2007).

Tendo em vista a importância da avaliação qualitativa de políticas, programas e ações de saúde, por meio da escuta dos sujeitos a quem são dirigidas, para sua melhoria/qualificação (Bosi e Uchimura, 2007), um dos objetivos específicos da pesquisa foi analisar os sentidos atribuídos por puérperas acerca do cuidado nutricional pré-natal desenvolvido na Clínica da Família, o que se busca desenvolver neste manuscrito.

Percurso Metodológico

O presente estudo teve como fundamentação a Hermenêutica de Profundidade (HP) de John B. Thompson (2011), um referencial metodológico voltado à interpretação das formas simbólicas ou construções significativas. Estas são definidas como ações, falas, textos, gestos e outras manifestações humanas que, por sua vez, podem ser compreendidas a partir da interpretação.

A HP é desenvolvida em três fases analíticas que ocorrem de forma interdependente, complementar e integrada, exigindo do pesquisador movimentos cíclicos e mergulho no campo.

A *análise sócio-histórica ou contextual* visa reconstruir as condições sociais e históricas de produção, circulação e recepção das formas simbólicas. A *análise formal ou discursiva* pretende revelar como as formas simbólicas se organizam, suas características estruturais, padrões e relações. Nesta fase é necessária a escolha de um referencial analítico, tendo sido utilizado a Análise de Conteúdo Temática, adaptada de Bardin (1977). A fase de *interpretação/reinterpretação* corresponde ao processo de compreensão das construções significativas do fenômeno estudado.

O estudo partiu de elementos empíricos apreendidos do enfoque qualitativo da pesquisa de intervenção “Proposta de Cuidado Nutricional Pré-natal em uma Clínica da Família na Área de Manguinhos/Rio de Janeiro: um estudo quanti-qualitativo”, e propôs compreender os sentidos atribuídos pelas puérperas ao cuidado nutricional pré-natal do qual participaram. A pesquisa de intervenção foi fundamentada em evidências científicas, que apontam a efetividade do pré-natal e do cuidado nutricional na melhoria dos resultados perinatais e na escassez de estudos que abordam o tema em nível da APS (Niquini *et al.*, 2012; Rouse, 2003).

O protocolo de cuidado nutricional se constituiu no acompanhamento de gestantes, por meio de três encontros coletivos ao longo do pré-natal, denominados “rodas de conversa”

(RC). Nesses encontros eram realizadas as avaliações necessárias à abordagem quantitativa da pesquisa (antropométrica, bioquímica, dietética, obstétrica, sociodemográfica e clínica) bem como desenvolvidas atividades educativas baseadas nos princípios do aconselhamento nutricional e dietético[5] (Líbera, 2011), abrangendo temas relacionados à alimentação e nutrição materno-infantil e outros de interesse para as mulheres, conforme as suas demandas. Durante as RC se privilegiou a participação das gestantes na discussão de questões biológicas, emocionais e sociais, com ênfase no estar e sentir-se grávida, nas dificuldades vivenciadas e na troca de saberes e experiências.

No âmbito da APS, as diferentes modalidades de atividades de grupos correspondem a uma estratégia complementar às práticas de cuidado em saúde. Contribuem para o aprimoramento dos sujeitos envolvidos, por meio da valorização dos diversos saberes e da possibilidade de participação criativa no processo de produção da saúde (Dias, Silveira e Witt, 2009).

Para alcançar o objetivo deste estudo, aplicou-se a observação participante e entrevistas semiestruturadas a puérperas que participaram das RC, a principal estratégia de intervenção do cuidado nutricional.

A observação participante foi realizada ao longo das consultas do pré-natal, nas RC e nas visitas domiciliares junto aos agentes comunitários de saúde. Teve como propósitos valorizar os aspectos descritivos do contexto espacial e temporal, focalizar a gestante e demais sujeitos envolvidos no processo do cuidado pré-natal, suas interações e influências recíprocas, além das percepções pessoais do pesquisador. As informações geradas com a observação participante foram registradas em um diário de campo (Freitas, 2002; Angrosino e Pérez, 2000).

[5] As técnicas de aconselhamento dietético no pré-natal foram incorporadas pela equipe, incluindo os seguintes princípios: conhecer a história de vida da gestante; saber ouvir; manifestar interesse; criar e manter vínculo; possibilitar o diálogo; comunicar em linguagem acessível; encorajar; fazer elogios e sugerir no lugar de impor (Rodrigues *et al*., 2005; Líbera., 2009).

Para as entrevistas, puérperas que participaram da intervenção de cuidado nutricional pré-natal - RC -, implementada na CF, foram captadas durantes as consultas de revisão do puérperio ou por contato telefônico. A escolha das participantes foi por conveniência, sendo realizada apenas uma entrevista a cada dia, no período da manhã ou tarde, no horário mais conveniente à participação das mulheres, com duração aproximada de 30 – 40 minutos. Apesar de captadas na clínica, a entrevista foi realizada, preferencialmente, no domicílio das puérperas e, quando não foi possível, por escolha da gestante, nas dependências da instituição da pesquisa. Destaca-se que, independentemente do local, as entrevistas foram conduzidas da mesma maneira.

A entrevista foi gravada em aparelho digital e transcrita na íntegra, sem as convenções da língua padrão, de forma mais fidedigna possível, identificando os sujeitos com um codinome para preservar o anonimato. Durante as entrevistas também se utilizou da observação participante de forma a complementar as falas das mulheres.

O desenvolvimento da entrevista decorreu a partir de questionamentos básicos, sustentados por teorias e hipóteses de interesse para o estudo, avançando para um amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que surgiram à medida que diferentes questões foram trazidas pelas mulheres. As questões abordadas no roteiro da entrevista foram: acolhimento da gestante; acompanhamento no pré-natal; interação profissional-gestante; e ações de alimentação e nutrição.

As entrevistas possibilitaram que as mulheres alcançassem a liberdade e a espontaneidade necessárias em seus discursos, enriquecendo a investigação (Triviños, 1987).

Não foi estipulado previamente um número de entrevistas e eventos a serem observados. Os sujeitos e os eventos observados foram considerados em número suficiente quando se alcançou a reincidência dos dados[6]. Foi prevista a possibilidade de se fazer

[6] A amostragem por saturação teórica foi considerada como *"a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma certa redundância ou*

inclusões sucessivas até que fosse possível uma discussão densa das questões da pesquisa (Minayo, 2006).

Na dinâmica da investigação foi utilizada a estratégia de triangulação, uma alternativa que permite a combinação das técnicas com o intuito de produzir um conhecimento mais aprofundado acerca da percepção das gestantes quanto ao cuidado nutricional pré-natal desenvolvido na referida clínica (Minayo *et al*., 2005).

Todas as informações registradas no diário de campo bem como as entrevistas transcritas foram organizadas em distintos *corpus* de análise, a fim de se evidenciar a estruturação das formas simbólicas, bem como identificação dos temas de interesse do estudo. Após esta etapa procedeu-se a redução do material empírico por meio da organização em categorias, tendo sido definidas: o tempo de dedicação dos profissionais ao cuidado das gestantes e o vínculo profissional-gestante. Este processo possibilitou a apreensão dos sentidos nucleadores de cada categoria e as inferências necessárias à compreensão das construções significativas do cuidado nutricional.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – CEP/ENSP, constituído nos Termos da Resolução CNS n° 196/96 (Brasil, 1998), sob o protocolo de pesquisa n° 238/10, em 16/02/2011. Os participantes foram esclarecidos quanto ao estudo e somente foram incluídos aqueles que aceitaram assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

Resultados e Discussão

Participaram das entrevistas semiestruturadas 15 puérperas. As mulheres foram escolhidas com base na facilidade do contato e por se mostrarem disponíveis e interessadas

---

repetição (Denzin e Lincoln, 1994 *apud* Fontanella, Ricas e Turato, 2008), *não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados"* (Fontanella, Ricas e Turato, 2008).

em participar. Apesar de a maioria ser proveniente do Rio de Janeiro, algumas eram originárias de Minas Gerais e de alguns estados da região nordeste, tendo apenas o núcleo familiar como fonte de apoio. A maioria delas era dona de casa, passava grande parte do tempo dedicada à família e aos afazeres domésticos e dependia financeiramente do marido. Sete mulheres estavam vivenciando a primeira gestação e cinco delas apresentaram alguma intercorrência gestacional (aborto, natimorto, parto prematuro, baixo peso ao nascer, síndromes hipertensivas da gravidez) na última gravidez ou na anterior. Muitas referiram não ter planejado a gestação e relataram ansiedade durante esse período, seja pelo desejo ou iniciativa de abortar a criança, a ausência do companheiro, o sentimento de solidão e as dificuldades em lidar com as mudanças biológicas, sociais e emocionais provenientes da gravidez. Todas as entrevistadas participaram das três RC previstas ao longo do pré-natal.

Vivenciando o fluxo de ações do pré-natal

Em relação às RC, estas tinham duração média de uma hora e meia e as gestantes deveriam participar de três RC, agendadas, preferencialmente, uma a cada trimestre de gestação, com intervalo médio de um a dois meses entre cada uma delas. Além das gestantes, seus companheiros, familiares e pessoas próximas também eram convidados a participar, podendo interagir, abertamente, nas discussões realizadas nas rodas. No dia das RC, as mulheres chegavam e eram acolhidas pela equipe responsável pela sua condução na sala de grupo da CF. Primeiramente passavam pela avaliação nutricional (antropométrica, bioquímica, dietética, obstétrica, sociodemográfica e clínica); logo em seguida participavam da atividade educativa e, ao fim delas, recebiam um lanche. O fato de elas permanecerem nas RC durante esse período, além de terem que passar pelas consultas individuais de pré-natal e da odontologia, não pareceu ser um problema para as puérperas; pelo contrário, demonstraram

contentamento quanto ao tempo dedicado a elas nas RC, construídas com base em estratégias (técnicas de aconselhamento) que valorizassem a interação e participação das usuárias.

> *Eu gostei de tudo. Todas as consultas do grupo eu adorei. Eu gostei muito, muito, muito. Conversávamos, brincávamos, era uma distração muito boa, era uma distração e também era uma coisa que estava servindo para o meu bem estar. [P1]*

Apesar de parte das entrevistadas ter relatado que se sentiram satisfeitas com o número, a maioria delas referiu que gostaria que tivessem mais RC. Além disso, uma das mulheres apontou a necessidade de continuidade da RC após o parto. As RC foram consideradas como um momento de promoção de saúde, "distração" e oportunidade de "conversar"; ou seja, um tempo para que as mulheres pudessem se dedicar ao cuidado delas mesmas. É possível que as gestantes tenham percebido as RC como uma forma de suporte emocional para suas inquietações, de afirmação de seus comportamentos e percepções, assim como de informação e orientação à sua nova condição de grávida (Brito-Dias, 1994; Jussani *et al*., 2007).

Quanto às consultas individuais de pré-natal, o tempo de duração se manifestou como um aspecto importante e carregado de sentidos ambivalentes. Para algumas, esse tempo era condizente com a possibilidade de falar sobre suas queixas e ser escutada. O cuidado era bem aceito em decorrência da satisfação pela receptividade e atenção recebidas, com base em uma relação interpessoal descontraída e acolhedora.

No entanto, para outras mulheres, o tempo destinado ao atendimento no pré-natal foi considerado como insuficiente, em decorrência do grande número de gestantes a serem

atendidas pelos profissionais e pela rotatividade entre os membros da equipe, resultando em consultas muito rápidas e frágeis na construção do vínculo.

> *Porque a grávida se sente carente e, às vezes, a doutora não tinha tempo de me dar a atenção necessária, porque ela tinha muita gente pra atender e era muito rápido (...), às vezes, não era ela, então isso me deixava um pouco chateada [P2]*

Um dos eixos norteadores da APS está relacionado à capacidade de realização de ações de saúde resolutivas que garantam integralidade da atenção de acordo com a organização do sistema. Para que essas ações apresentem boa resolubilidade, é necessário levar em consideração aspectos relacionados à organização da rede de atenção, à conduta profissional e à relação equipe de saúde/usuário (Assis *et al.*, 2007).

No âmbito da APS, em particular na prática da Saúde da Família, o processo de produção de serviços engloba a participação de diferentes sujeitos e, consequentemente, diferentes interesses e necessidades. Essas diferenças podem contribuir para o surgimento de tensões na organização do trabalho. O exaustivo número de consultas clínicas, que demandam grande parte do tempo e da agenda dos profissionais, a necessidade de cumprimento de protocolos e de metas de atendimento, assim como as dificuldades enfrentadas com a demanda espontânea pelas equipes de saúde, contribuem para uma assistência centrada no modelo médico hegemônico do cuidado (Assis *et al.*, 2007). Como também observado em estudo de Fittipaldi, Romano e Barros (2015), profissionais da ESF relataram excesso de atribuições no trabalho e menor disponibilidade de tempo, o que poderia dificultar a ampliação do olhar para a produção da integralidade do cuidado. Esses obstáculos são capazes

de interferir no ritmo de trabalho do profissional, nas relações profissional-usuário e no tempo dedicado ao cuidado (Assis *et al.*, 2007).

Pelo fato do exercício da alteridade e do acolhimento pressupor um campo de tensões, negociações e gerenciamento de conflitos (Guerrero *et al*., 2013), é possível que o tempo insuficiente dedicado às consultas de pré-natal conforme os relatos possa ter contribuído para a geração de um atendimento não condizente com as expectativas das mulheres, desencadeando atitudes de desaprovação e intolerância.

Assim como a lógica da produtividade e a rotatividade de profissionais prejudica o acolhimento e, por conseguinte, enfraquece o vínculo (Guerrero *et al*., 2013), quando um mesmo profissional tem disponibilidade e é mantido em consultas subsequentes, a interação é facilitada. Dificuldades de diálogo, de escuta efetiva e, sobretudo, de respeito às demandas podem contribuir com entraves na adesão das gestantes ao pré-natal (Domingos e Madeira, 2004). A escuta deficiente, a não percepção da mulher como sujeito e o desconhecimento e desrespeito aos seus direitos reprodutivos contribuem para um cuidado de má qualidade. Dentro deste contexto, a boa comunicação, um processo que requer tanto a fala como escuta efetiva e de qualidade, é essencial para que o profissional perceba a perspectiva a partir da qual a gestante está se expressando. Assim, a disponibilidade e habilidade do profissional para ouvir permite que a gestante reconheça que o profissional está interessado nela e exponha de forma aberta seus sentimentos e suas percepções (Leitão, 1995; Ayres, 2004; De Marco, 2006).

As mulheres entrevistadas pertenciam a diferentes áreas adstritas às ESF e, consequentemente, eram atendidas por diferentes profissionais. De acordo com os relatos heterogêneos das puérperas em relação ao acolhimento realizado na CF, é possível perceber que as atitudes acolhedoras da equipe eram praticadas de formas distintas, demonstrando que não há uma política interna na unidade para promover o acolhimento mais humanizado.

Ainda que as dificuldades e os problemas encontrados pelos profissionais ao longo do processo de trabalho fossem semelhantes, alguns trabalhadores pareciam demonstrar com maior facilidade, mais que outros, habilidades comunicativas, comportamentais e sociais, tais como capacidade de expressão, iniciativa, abertura a mudanças, compromisso com a qualidade e com as implicações éticas do seu trabalho e capacidade de transferir conhecimentos da vida cotidiana para o ambiente de trabalho. As condutas de cada profissional são baseadas em princípios, valores, sentimentos e emoções que cada um traz dentro de si e, por isso, refletem o ato de pensar e questionar e o modo de ser que repercute em suas escolhas e ações.

Essas disparidades no atendimento também podem ser explicadas pela fragmentação dos vínculos de trabalho, como, por exemplo, a incorporação de residentes como responsáveis pelas equipes, e também pela formação do profissional de saúde distanciada do cuidado integral. Nos diferentes cursos de graduação em saúde ainda prevalece o modelo de atenção à saúde baseado nos clássicos pressupostos biomédicos com ênfase nos aspectos biológicos em detrimento aos psicológicos e sociais. Além disso, é importante destacar que valores pessoais e éticos e atributos humanistas de personalidade como solidariedade e caridade, responsabilidade, sensibilidade e honestidade, dentre outros, também irão influenciar o perfil do profissional a ser formado (Batista e Gonçalves, 2011; Goulart e Chiari, 2010).

Ainda em relação ao fator tempo, emergiram relatos de profunda insatisfação quanto à demora na entrega dos exames de rotina realizados ao longo do pré-natal.

> *(...) eu fiquei muito desapontada com a clínica ou eu não sei se o problema foi com a clínica ou com o laboratório que fazia os exames. Mas a questão é que eu fiz todos os exames (...) pra saber se tem HIV, pra saber se tem*

> *diabetes, pra saber se realmente está grávida (...) passou quase 6 meses e os exames não chegavam. Eu tive que fazer tudo de novo(...) ter que ir lá de novo sem comer, desde sete horas da noite até sete horas da manhã (...) Tudo de novo, por perderem meus exames!! Depois que eu refiz os exames todos de novo, aquele barrigão e eu fazendo aqueles exames pra saber se eu estava grávida, eu achei um absurdo (...) depois que chegou o resultado desse segundo exame que eu fiz, o resultado do primeiro chegou (...) eu fiquei revoltada, falaram que mudou de laboratório. Mas eu acho que não justificava, sei lá, tinha que ser um programa mais correto, um sistema melhor, o modo de tratar os exames de uma pessoa... Como é que você vai tratar de um problema, se você vai descobrir só 6 meses depois, né, que você fez os exames (...)? Foi complicado!* [P3]

Conforme relatado pelas mulheres nas entrevistas e RC, o não acesso aos exames pelas usuárias parece ser uma prática frequente na clínica (Diário de campo e entrevistas), representando, para a mulher, descaso e desvalorização da sua condição de gestante. As mulheres, ao se defrontarem com essa situação, demonstravam revolta e impotência perante tal fato. Os relatos indicam um fluxo de ações ainda fragmentado e desarticulado e que os profissionais demonstram dificuldades de efetivação de ações interdisciplinares e de integração com outros setores do cuidado que não seja o seu. É possível que a violação desse direito esteja associada a uma cultura dos profissionais de saúde de passividade e

desresponsabilização no processo do cuidado integral (Schimith e Lima, 2004; Albuquerque *et al*., 2011), decorrente de uma normatização da submissão do usuário.

Além da qualidade do cuidado pré-natal prestado, os sentimentos das mulheres em relação à gestação e ao seu bebê também são influenciados por procedimentos específicos utilizados ao longo desse processo. O exame laboratorial pode remeter a um valor biológico, sendo encarado pela gestante como diagnóstico de possíveis agravos à saúde materno-infantil que poderão ser tratados, evitando complicações gestacionais e contribuindo para um resultado perinatal favorável (Piccinini, 2012; Silva *et al*., 2015); ou mesmo simbólico, como uma forma de auto-conhecimento, podendo contribuir na redução de alguns medos que envolvem o processo gestacional (Shimizu, 2009).

Em estudo desenvolvido por Piccinini *et al*. (2012), algumas gestantes também demonstraram preocupação quanto à assistência em saúde que recebiam em decorrência de algum procedimento durante a gestação, como a falta de algum exame ou a insatisfação com algum exame realizado. A falta de esclarecimentos sobre o funcionamento dos serviços, suas normas, critérios e rotinas favorece reações de incompreensão e inconformidade do usuário assim como prejudica o enfrentamento de dificuldades vivenciadas e das limitações do sistema (Guerrero *et al*., 2013).

As puérperas também revelaram insatisfação com o exame de ultrassonografia realizado na clínica. Apesar da possibilidade de realização do exame no local, várias mulheres consideraram tal experiência como um momento de profunda decepção perante o profissional responsável por sua realização e diante da impossibilidade de ver o bebê e ter o conhecimento do estado de saúde do mesmo, em decorrência da não valorização desse momento pelo profissional. As mulheres relatavam que não tinham a possibilidade de visualizar o monitor, por impedimento do profissional, assim como não eram esclarecidas quanto ao significado do

exame. Essa frustração era traduzida em choro, sentimento de revolta e na necessidade de busca dessa tecnologia em outros locais, fora da clínica, frequentemente em serviços privados.

Na medicina tecnológica há uma desvalorização das tecnologias leves, deslocando-se o arranjo tecnológico para uma articulação especial entre as tecnologias duras e leve-duras[7], a ponto do profissional de saúde reduzir-se a uma unidade de produção de procedimentos, que passa a ser o ato de saúde pretendido (Merhy, 2000). Em outras palavras, observa-se que o foco é centrado na realização da ultrassonografia em si pelo profissional em detrimento do atendimento às demandas emocionais da mulher, anulando, praticamente, a dimensão do cuidado.

Quanto ao posicionamento da equipe perante esse fato, os profissionais da clínica afirmavam que o serviço (notas do diário de campo), assim como o responsável técnico, eram terceirizados e, por isso, nada podiam fazer a respeito dessa situação. A não concretização dessa ação devido ao impedimento da visualização por parte do profissional e ao não esclarecimento das imagens fetais, demonstra que as diferentes estratégias, como por exemplo, o desenvolvimento de tecnologias de comunicação como o diálogo, parecem secundarizadas na lista de prioridades do cuidado pré-natal. Nesse sentido, a lógica assistencial em saúde na unidade, assim como na maior parte das unidades públicas e privadas do país, parece estar centrada no modelo medicalizante e na tecnologia dura dos serviços (Zerbetto e Pereira, 2005).

A tão aguardada realização da ultrassonografia obstétrica pode estar vinculada à sensação de felicidade e segurança da mulher em ver as imagens fetais. Da mesma maneira,

[7] As tecnologias chamadas “duras” são representadas pelas ferramentas-máquinas como raios X, instrumentos para realizar exames laboratoriais para examinar o paciente ou mesmo prontuários; as tecnologias “leve-duras” são os conhecimentos e saberes profissionais, como o saber tecnológico da clínica e epidemiologia; já a tecnologia “leve” seria a abordagem cuidadora, norteada por um processo de relações e baseada em acolhimento e cumplicidade, nos quais há a produção de responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado, e na confiabilidade, na qual se produzem relações de vínculo e aceitação (Merhy, 1998).

pode ser considerado um momento em que a subjetivação do feto apreendido em seu corpo, manifestado apenas pelos seus movimentos esporádicos, deixa de ser imaginário, tornando-se materializado e real para a gestante (Chazan, 2007; Gomes e Piccinini, 2007). No entanto, nem sempre as expectativas da mulher são atendidas nesse momento pelo profissional. Alguns problemas revelados no processo de cuidado como dificuldades de identificação de responsabilidade para atender às demandas da população e precarização dos vínculos de trabalho, assim como a ausência de proteção social e de direitos sociais, inclusive de direitos sindicais, horas reduzidas de trabalho e níveis baixos de qualificação podem levar o profissional de saúde ao desgaste de suas relações e ao não cumprimento de suas atribuições (Hirata, 2009). Logo, tendo em vista o direito à realização do exame na clínica e a importância do diagnóstico ultrassonográfico, tanto do ponto de vista biomédico como social ou emocional, o exame não deve ser considerado com indiferença pelos profissionais que, direta ou indiretamente estão envolvidos com o pré-natal, garantindo que a mulher tenha todos os esclarecimentos necessários, mesmo diante de resultados de normalidade fetal (Gomes e Piccinini, 2007).

Vínculo profissional-gestante e entre gestantes

As RC foram consideradas como um momento altamente propício para o compartilhamento de vivências e experiências entre gestantes e profissionais, sendo observado um envolvimento significativo de ambas as partes no processo de produção do cuidado. Também foram reconhecidas como um espaço de acolhimento por possibilitar o diálogo, permitindo a livre expressão de dúvidas, sentimentos, aflições, medos, ansiedades e expectativas, estreitando o vínculo entre a equipe e a gestante e entre as gestantes.

> *(...) tirei bastante proveito porque a gente vê que são coisas que a gente passa e outras pessoas também passam ou que eu tô passando e ela não, ou, ela tá passando e eu não... então, é bom conhecer a história de outras pessoas e saber que eu não sou a única que pode acontecer (...) Então, eu gostei de ter essa dinâmica com outras meninas e saber que outras meninas também têm a vontade de se abrir e conversar [P4]*.

Além disso, o fato de poder participar e de se sentir pertencente a um grupo de pessoas que vivenciam um mesmo fenômeno – a gestação, assim como de interagir e partilhar um ambiente que possibilita a troca de experiências e conhecimentos, contribuiu para que a ação educativa fosse significada e percebida pelas mulheres como um momento de prazer e descontração (Santos e Penna, 2009).

> *Assim, quando eu ia falar era muito legal, mas quando eu saía, aí eu queria ficar mais. Porque era muito legal, muito legal. Aí quando vocês perguntavam se a gente tava comendo fruta, doce, eu falava que comia muito doce. Mas depois eu comecei a comer menos doce e comer mais fruta, até no final da minha gravidez mesmo, eu comia muita fruta, comia muito bem [P7]*.

O vínculo criado nas RC permitiu que as mulheres ficassem à vontade para relatar suas práticas alimentares, sem o receio de sentirem-se criticadas ou culpadas, refletissem sobre

suas próprias condutas e atitudes e, a partir daí, pudessem desenvolver mudanças na alimentação.

As mulheres destacaram o bom entrosamento com os profissionais que conduziam as RC. É possível que as sensações de satisfação e conforto demonstradas pelas gestantes estejam associadas a dois motivos. O primeiro, relacionado à forma como as RC eram conduzidas, possibilitando o diálogo e escuta e o entre os membros, sem julgamentos, fazendo com que as mulheres tivessem suas expectativas atendidas por meio dos conhecimentos compartilhados de forma dinâmica, gerando o sentimento de pertencimento no grupo. O segundo motivo diz respeito à possibilidade das ações educativas desenvolvidas permitirem conhecer o universo das gestantes e, principalmente, o modo como elas vivenciavam a gravidez. Acredita-se que a abordagem de diferentes temas abrangendo o cotidiano das gestantes, sua forma de viver e pensar, sua vida social enquanto grávida e suas práticas alimentares tenham sido de interesse para as gestantes, de forma a atender suas expectativas na dimensão do cuidado em saúde.

As mulheres relataram que o aprendizado adquirido nas RC contribuiu para o auto-cuidado e cuidados de seus filhos no período pós-parto. Os materiais educativos trabalhados nos grupos foram considerados como importantes por esclarecerem dúvidas relacionadas à gestação e alimentação na gravidez, facilitando o seguimento de orientações dadas pelos profissionais, podendo ser considerado como recurso adicional das RC realizadas durante o pré-natal (Reberte *et al*., 2012).

> *O que eu gostei mais foi na parte da amamentação, porque eu não sabia que o bebê tinha que pegar essa parte toda preta do bico. Eu sempre tentava dar só a parte pequenininha pra não ferir muito. Na época deles (dos*

> *outros 2 filhos), eu não tive todo esse esclarecimento, eu não tive uma equipe de nutrição pra poder tirar minhas dúvidas. Então, eu gostei muito. Aí você levou aquele peito, ensinou a gente a banhar, como se dava banho na criança, como segurar, então a parte da amamentação foi a que mais me chamou atenção, que eu gostei [P8].*

Dentre os diferentes temas dialogados e ações desenvolvidas em grupos, foi notória a ênfase das falas sobre o aconselhamento praticado nas RC. Foram empregadas diferentes técnicas de comunicação, como a apresentação de vídeo sobre parto transvaginal e simulação da técnica de amamentar e cuidados com o bebê que visavam construir e aplicar conhecimentos para sensibilizar, motivar e apoiar as mulheres para o cuidado. A educação em saúde é capaz de promover um aprendizado prático de forma a contribuir para que as gestantes se sintam mais preparadas para lidar com situações relacionadas à sua saúde e que fazem parte da vida (Santos, 2009).

A partir das falas das puérperas quanto à importância do desenvolvimento de práticas lúdicas relacionadas ao cuidado, percebe-se a interação entre o acolhimento e a educação em saúde. Além da oportunidade de aprendizado, a mulher é valorizada enquanto protagonista da ação, permeada de valores, sentimentos e modos particulares de vivenciar a experiência do aleitamento materno.

A comunicação adequada em saúde é um ponto crucial para que as mensagens emitidas tenham significação para as pessoas envolvidas no processo, conforme ocorrido nas RC com as gestantes na CF. Com base nesses achados, é importante destacar as contribuições dos grupos de gestantes no cuidado pré-natal como espaços onde suas demandas emocionais são consideradas.

Atividades em grupo propiciam encontros entre profissional e indivíduos que compartilham situações comuns no cotidiano da vida e tem como objetivo fomentar o diálogo e a troca de experiências e oportunizar reflexões que possibilitem aos usuários pensar sobre seus modos de vida, sem a intenção de controle. Períodos da gestação e puerpério podem ser considerados oportunos para o encontro de pessoas que necessitem refletir sobre temas específicos, como modificações no organismo da mulher, amamentação, sexualidade e cuidados com os recém-nascidos. Além de representarem oportunidades de acesso à informação e troca de experiências que contribuem para a promoção da saúde, as atividades em grupo também constituem espaços de humanização, cidadania e inclusão social (Pereira *et al*., 2011).

Desta forma, a importância e urgência da incorporação de práticas educativas no contexto da ESF são indiscutíveis tendo em vista a sua capacidade de criação e transformação do processo de cuidar. Essas práticas são necessárias e eficazes para que as gestantes possam vivenciar a gravidez de forma plena e responsável, promovendo o emponderamento das mulheres na busca por uma gravidez saudável (Souza *et al*., 2014).

Com relação às consultas individuais, algumas puérperas enfatizaram que eram respeitadas e que havia preocupação e atenção por parte da equipe. Porém, ausência de escuta por parte dos profissionais para queixas das gestantes foi revelada com indignação.

> *O único problema é que tinha coisas que eu perguntava e "ISSO É NORMAL!"... essa dor assim? "NORMAL"! Que isso pô, normal? Na outra gravidez, eu não tinha nada disso, como é que agora isso é normal? Quer dizer que você sentir uma dor, além do seu corpo é normal? (...) Pô, então tudo é normal, não é possível! [P5]*

Os relatos das puérperas evidenciam a importância da dedicação do profissional de saúde para a gestante e o fato do cuidado pré-natal não se restringir a questões meramente biológicas. As mulheres também esperam apoio às suas demandas emocionais, medos e incertezas (Piccinini, 2012), fortalecendo o papel das tecnologias leves nesse processo. A não concretização do atendimento a essas demandas tende a contribuir para exacerbar as preocupações da gestante durante o pré-natal e, possivelmente, a reduzir sua adesão ao mesmo (Piccinini, 2012).

O diálogo entre profissional e usuário apresenta-se como um elemento de mediação entre sujeitos e a rede de atenção à saúde, priorizando uma abordagem mais relacional do encontro e o exercício da alteridade, de forma a considerar a forma de pensamento do outro, legitimando o seu conhecimento e as suas necessidades e demandas de saúde, além de permitir a participação do usuário nos processos de escolha e decisão no cotidiano das práticas de cuidado.

O atendimento realizado pelo médico do sexo masculino foi considerado motivo de vergonha para a puérpera, principalmente em torno da realização do exame físico no pré-natal, apontado como uma situação constrangedora para a mulher. O desconforto manifestado pela puérpera pode ser compreendido a partir do entendimento de que as diferenças entre homens e mulheres são construídas na história e na cultura, reproduzindo relações desiguais (Domingos & Madeira, 2004). Segundo o mesmo autor, além das relações de gênero, a vergonha e o desconhecimento sobre o próprio corpo podem contribuir com medos e preconceitos, dificultando a comunicação durante as consultas, especialmente para expressar problemas e dúvidas.

Carvalho e Furegato (2001) observaram que, diante de um exame ginecológico, usuárias de um serviço de saúde demonstraram preferência pelo examinador do sexo

feminino, possivelmente devido à mesma anatomia e vivências de ocultamento do corpo, assim como a uma provável conotação de cumplicidade entre profissional e usuária. Corroborando com os achados, Carcacho *et al*. constataram barreiras de gênero quando a maior parte das entrevistadas declararam preferência no atendimento por ginecologista do sexo feminino, por terem vergonha ou se sentirem constrangidas ao serem atendidas por homens.

A abordagem de questões íntimas nas consultas também foi motivo de desconforto para as gestantes. Uma das entrevistadas revelou que, apesar de ter tirado suas dúvidas ao longo do pré-natal, deixou de obter esclarecimentos, sobretudo quanto à relação sexual durante a gestação, por ter sentido vergonha de perguntar ao médico sobre o assunto na presença de presença de duas estagiárias no consultório no momento da consulta. Ainda que as aulas práticas de alunos façam parte da rotina em algumas unidades de saúde e que sejam importantes para formação acadêmica dos discentes, o Ministério da Saúde (Brasil, 2012c) afirma que área física adequada e privacidade são essenciais para a consulta de pré-natal, assumindo-se, então, que a presença de estudantes ou outros nas consultas individuais de pré-natal deve ser uma decisão/escolha da usuária. Também foi considerada como situação de acanhamento ter que assumir a ocorrência de uma doença sexualmente transmissível, independentemente do sexo do profissional que a atendesse.

Por mais que a gestante possua suas próprias representações relacionadas à gestação e ao seu corpo, ela pode não falar sobre os seus sentimentos facilmente, especialmente pelo fato de se sentir constrangida ou por estar em contato com alguém que ela não conhece bem (Líbera, 2009). De uma forma geral, tanto a primeira consulta de pré-natal quanto as consultas ginecológicas subsequentes estão muito associadas a situações de desconforto para a mulher, independente de seu grau de escolaridade ou idade. Logo, a formação do vínculo com o profissional, com ênfase no carinho, paciência e diálogo construídos ao longo das consultas, é

imprescindível para que este sentimento de vergonha predominante na gestante seja atenuado (Torres *et al*., 2008).

Em relação às RC, as puérperas relataram não ter sentido vergonha ou constrangimento em momento algum.

> *Não, não senti não (vergonha). Pelo contrário, me senti muito... parecia que eu tava em família mesmo, que podia conversar e falar tudo o que eu tava sentindo. E as minhas dúvidas iam ser esclarecidas nesse momento. [P6]*

As mulheres relataram se sentir à vontade para expor e discutir situações relacionadas tanto a questões de cunho biológico quanto psicoemocionais, independentemente dos profissionais ou do número de participantes presentes nas RC. Supõem-se, mais uma vez, que os princípios do aconselhamento dietético praticados nos grupos, com ênfase na escuta efetiva, empatia e criação de vínculo, tenham contribuído para o estabelecimento da confiança nas mulheres em expor suas dúvidas, sentimentos, angústias e experiências e na expectativa de que suas demandas fossem atendidas, favorecendo o maior entrosamento entre gestante e profissional.

O encontro do usuário com os profissionais sempre deve proporcionar aos mesmos uma oportunidade de troca de saberes e experiências. É importante que essa relação, que se constrói em torno da saúde, resulte em confiança, faça diferença na vida da população usuária dos serviços e gere satisfação nos profissionais que buscam a resolutividade (Pereira *et al*., 2011).

No caso das gestantes, faz-se necessário dar prioridade ao atendimento das demandas, sejam elas de qualquer ordem. Se as mulheres não encontram no pré-natal a segurança de que precisam, podem buscar respostas para suas queixas e dúvidas em fontes não fidedignas.

> *Por exemplo, quando ia com alguma dúvida, eu já ia à internet, procurava, pra ver se ele ia bater com aquilo que eu já estava sabendo. Se não soubesse, eu debatia pra saber qual seria a reação deles. Aí era debate, ia muito pra debater. Eu só fui nas consultas porque era obrigada, pra eu ter um acompanhamento médico, porque o meu acompanhamento médico inteiro era eu e a internet. [P5]*

A falta de acolhimento, escuta e vínculo também podem contribuir com o autodiagnóstico e automedicação. Essas práticas podem ser consideradas como substitutas da assistência médica quando esta é percebida como inacessível ou não satisfatória. A não resolução do problema apresentado ou a percepção de que o profissional não foi capaz de prover a atenção necessária ou solucionar suas demandas (Loyola-Filho *et al*., 2004), gerando frustração no momento do encontro, contribuem para que a gestante recorra a outros tipos de cuidado sem respaldo científico, podendo causar problemas ainda mais graves.

Considerações finais

O cuidado nutricional desenvolvido na CF por meio das atividades educativas das RC representaram uma estratégia importante para a promoção da saúde no período da gestação

por meio da possibilidade de acesso à informação e troca de experiências, além de constituírem espaços de humanização, cidadania e inclusão social.

As ações educação em saúde, enquanto espaços de troca de saberes, experiências e vivências que possibilitam a gestante tirar dúvidas e expor suas dificuldades e angústias por meio da abertura ao diálogo demonstram a importância dessas estratégias enquanto dispositivo para o empoderamento das mulheres na busca pela escolha consciente em relação à condução da própria saúde.

As RC foram percebidas pelas puérperas como um momento de “distração”, onde as mulheres podiam se dedicar ao cuidado delas mesmas por meio de um processo de comunicação aberto, dialógico e horizontalizado, diferentemente da conduta apassivadora e opressora predominante do modelo biomédico. Logo, ainda que as orientações e conversas realizadas nas RC fizessem sentido para a vida das mulheres, é possível que as mesmas tenham significado as RC mais como um ambiente de apoio e acolhimento do que um espaço de promoção da saúde.

Como dificuldades encontradas no desenvolvimento do estudo, destacam-se a baixa participação de profissionais de outras áreas nas RC e a baixa incorporação do grupo educativo como estratégia de prevenção em saúde na CF, fatores que podem ter contribuído para uma menor participação das gestantes nas RC.

Com base nos achados do presente estudo e na vivência dos pesquisadores na pesquisa, observa-se que o processo de desenvolvimento de ações educativas para o cuidado das gestantes vai além da transmissão de informações entre profissional e usuária; trata-se de uma prática compartilhada de construção de saberes onde deve-se levar em consideração a história de vida das mulheres, seu cotidiano, sua cultura e suas representações sobre saúde, tornando-a co-participante no processo de construção do cuidado.

Sendo assim, ressalta-se a importância na incorporação de práticas educativas voltadas às gestantes no contexto da ESF, incluindo ações de alimentação e nutrição, de forma a promover o emponderamento das mulheres na busca por uma gravidez saudável. Espera-se que o cuidado nutricional pré-natal dispensado às mulheres atendidas na abrangência da APS seja praticado de forma dialógica, acolhedora, e de confiança, valorizando o sujeito de acordo com suas singularidades e respeitando seu contexto de vida e sua cultura, e que os profissionais possam atuar de maneira interdisciplinar, sem que haja a superposição de saberes e a redução do sujeito cuidado a um mero procedimento.

Referências

Albuquerque RA, Jorge MSB, Franco TB, Quinderé PHD. Produção do cuidado integral no pré-natal: itinerário de uma gestante em uma unidade básica de saúde da família. Interface - Comunic., Saude, Educ. 2011, 15(38):677-86.

Angrosino M V, Pérez K. (2000). Rethinking observation: From method to context. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (2nd ed., pp.673–702). Thousand Oaks, CA: Sage.

Assis MMA, Cerqueira EM, Nascimento MAA, Santos AM, Jesus WLA. Atenção Primária à Saúde e sua articulação com a Estratégia Saúde da Família: construção política, metodológica e prática. Revista APS 2007, 10(2):189-199.

Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. Saúde e Sociedade 2004, 13(3):16-29.

Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1977.

Batista KBC, Gonçalves OSJ. Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado. Saúde Soc. São Paulo 2011, 20(4):884-899.

Bosi MLM, Uchimura KY. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? Rev Saúde Pública 2007, 41(1):150-153.

Brasil. Ministério da Saúde, 1998. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz.

Brasil. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010a.

Brasil. Ministério da Saúde. Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF. Disponível na Internet:<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/nasf.php> (04/01/10) (b).

Brasil. Ministério da Saúde - Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN)/ Organização Panamericana da Saúde (OPAS)/ Observatório de Políticas de Segurança Alimentar e Nutrição (OPSAN)/ Universidade de Brasília (UnB). Curso de autoaprendizado Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde. Brasília, 2012a.

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília : Ministério da Saúde, 2012b.

Brasil. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde; 2012c.

Brito-Dias CMS. A importância dos avós no contexto familiar. Psicologia Teoria e Pesquisa 1994,10(1):31-40.

Campos GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. Cienc Saude Colet 2000, 5(2):219-230.

Carvalho MLO, Furegato ARF. Exame ginecológico na perspectiva das usuárias de um serviço de saúde. Revista Eletrônica de Enfermagem, 2001; 3(1). Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista> Acesso em outubro 2008.

Chazan LK. “Meio quilo de gente”: um estudo antropológico sobre ultra-som obstétrico. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

De Marco MA. Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: um projeto de educação permanente. Rev. bras. educ. med. 2006, 30(1):60-72.

Dias VP, Silveira DT, Witt RR. Educação em saúde: o trabalho de grupos em atenção primária. Rev. APS 2009, 12(2):221-227.

Domingos SRF, Madeira AMF. A consulta ginecológica sob a ótica de adolescentes: uma análise compreensiva. REME – Rev. Min. Enf. 2004, 8(4):442-448.

Faria HX, Araujo MD. Uma Perspectiva de Análise sobre o Processo de Trabalho em Saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. Saúde Soc. 2010, 19(2):429-439.

Fittipaldi ALM, Romano VF, Barros DC. Nas entrelinhas do olhar: Apoio Matricial e os profissionais da Estratégia Saúde da Família. Saúde Debate 2015, 39(104):76-87.

Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad Saúde Pública 2012, 24(1):425-37.

Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública 15(2):345-353, 1999.

Freitas MTA. A abordagem sócio-histórica como orientadora da pesquisa qualitativa. Cad. Pesqui. 2002, 116:31-29.

Gomes AG, Piccinini CA. Impressões e Sentimentos de Gestantes em Relação à Ultra-Sonografia Obstétrica no Contexto de Normalidade Fetal. Psicol. Refl. Crít. 2007, 20 (2), 179-187.

Goulart BNG, Chiari BM. Humanização das práticas do profissional de saúde – contribuições para reflexão. Cienc Saude Colet 2010, 15(1):255-268.

Guerrero P, Mello ALSF, Andrade SR, Erdmann AL. O acolhimento como boa prática na Atenção Básica à Saúde. Texto Contexto Enferm, Florianópolis 2013, 22(1):132-40.

Hirata H. A precarização e a divisão internacional e sexual do trabalho. Sociologias 2009, 11(21):24-41.

Jussani NC, Serafim D, Marcon SS. Rede social durante a expansão da família. Rev Bras Enferm, 2007, 60(2):184-189

Leitão LRG. Não basta apenas ouvir, é preciso escutar. Saúde 1995, 47:46-49.

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. Cien Saude Colet 2011, 16(12):4855-4864.

Loyola Filho AI, Lima-Costa MF, Uchôa E. Bambuí Project: a qualitative approach to self-medication. Cad. Saúde Pública 2004, 20(6):1661-1669.

Merhy EE. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte – Reescrevendo o Público; Ed. Xamã; São Paulo, 1998.

Merhy EE. Saúde: cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

Merhy EE. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor Saúde. Interface - Comunic., Saude, Educ. 2000, 4(6):109-116.

Minayo MCS, Assis SG, Souza ER. Avaliação por triangulação de métodos. Abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2006.

Moura RH, Luzio CA. O apoio institucional como uma das faces da função apoio no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): para além das diretrizes. Interface 2014, 18(Sup.1):973-986.

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.

Organização Pan-Americana da Saúde A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. / Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília : Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

Pereira AV, Vieira ALS, Filho AA. Grupos de educação em saúde: aprendizagem permanente com pessoas soropositivas para o HIV. Trab. Educ. Saúde 2011, 9(1):25-41.

Piccinini CA, Carvalho FT, Ourique LR, Lopes RS. Percepções e sentimentos de gestantes sobre o pré-natal. Psic.: Teor. e Pesq. 2012, 28(1):27-33.

Reberte LM, Hoga LAK, Gomes ALZ. O processo de construção de material educativo para a promoção da saúde da gestante. Rev Latino-Am Enfermagem [Online] 2012, 20(1):101-108.

Rodrigues, EM,; Soares FPTP, Boog MCF. Resgate do conceito de aconselhamento no contexto do atendimento nutricional. Rev. Nutr. 2005, 18(1):19-128.

Rouse DJ. Potential cost-effectiveness of nutrition interventions to prevent adverse pregnancy outcomes in the developing world. J Nutr 2003, 133(5 Suppl 2):1640S-1644S.

Santos RV, Penna CMM. A educação em saúde como estratégia para o cuidado à gestante, puérpera e ao recém-nascido. Texto contexto - enferm. 2009, 18(4):652-660.

Schimith MD, Lima MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. Cad. Saúde Pública 2004, 20(6):1487-1494.

Shimizu HE, Lima MG. As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. Rev Bras Enferm 2009, 62(3):387-92.

Silva MM, Freitas CRC, Silva AM, Guerra MCGC, Almeida SMO. Percepção das mulheres sobre a assistência pré-natal prestada na colônia penal feminina. Rev enferm UFPE on line. 2015, 9(Supl. 7):9038-45.

Souza VB, Silva JS, Barros MC, Freitas PSP. Tecnologias leves na saúde como potencializadores para qualidade da assistência às gestantes. Rev enferm UFPE on line. 2014, 8(5):1388-93.

Thompson JB. Ideologia e cultura moderna: teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa. 9 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

Torres MEA, Miranda-Ribeiro P, Macgado CJ. A consulta ginecológica vista sob uma ótica qualitativa: perspectivas e desafios na cidade de Belo Horizonte. In: Ribeiro PP, Simão AB. (Org.). Demografia em Debate: Qualificando os números: estudos sobre saúde sexual e reprodutiva no Brasil. 1 ed. Belo Horizonte: ABEP: UNFPA, 2008; 2:142-166.

Triviños ANS. Introdução à pesquisa em Ciências Sociais – A pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas: 1987. p. 116-175.

Zerbetto SR, Pereira MAO. O trabalho do profissional de nível médio de enfermagem nos novos dispositivos de atenção em saúde mental. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2005, 13(1):112-117.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção da pesquisa, desde sua concepção, passando pela aplicação da intervenção e, por fim, sua avaliação, foi, certamente, um grande desafio, começando pela conjugação das abordagens quantitativa e qualitativa e a apreensão de suas diferenças quanto aos fundamentos teóricos e metodológicos e quanto aos métodos e técnicas de investigação. Quanto ao desenvolvimento da pesquisa propriamente dito, diversas barreiras foram encontradas ao longo dessa jornada: falta de registro de dados importantes nos prontuários, longo período destinado à coleta de dados, baixa disponibilidade de espaços para o desenvolvimento das RC, violência no entorno do local da pesquisa, baixa adesão da equipe multidisciplinar na condução das RC e dificuldade de contato com as usuárias fora da clínica. Boa parte desses entraves contribuiu para a reflexão da complexidade de reorganização do processo do cuidado em saúde na APS.

Em relação à aplicação das RC, foi observada uma baixa valorização das práticas educativas, tanto por parte das gestantes quanto por parte dos profissionais, principalmente pela infraestrutura inadequada para a realização da RC, pela secundarização da ação educativa enquanto rotina do pré-natal e pelo baixo apoio dos profissionais da clínica no encaminhamento das mulheres.

É oportuno destacar que a sobrecarga de trabalho enfrentada pelos profissionais frente às demandas e necessidades de saúde da população, assim como a rotatividade dos mesmos e a baixa adesão das usuárias contribuíram para a dificuldade de integração das RC à rotina de cuidado pré-natal na clínica.

A construção e condução das RC também constituíram um desafio, devido à tentativa de colocar em prática um cuidado que pretendeu romper com o reducionismo do sujeito e suprimir a verticalização da relação profissional-gestante. Por vezes a pesquisadora se deparou com sua própria posição de profissional prescritiva e impositora, preconizando a

técnica e o conhecimento científico em detrimento de uma maior aproximação com a realidade das pessoas, de forma a perceber o quão sua prática pode ser limitada diante de uma nova maneira de se produzir cuidado. Foi ainda um exercício importante e um aprendizado, no sentido de conter a necessidade de querer sempre dar soluções e resolver todas as demandas das gestantes, de forma a prover condições para que elas pudessem alcançar seus respectivos *projetos de felicidade*.

É preciso reconhecer que aquilo que o profissional considera como necessidade ou prioridade do usuário nem sempre condiz com os desejos das pessoas; possíveis mudanças por parte do usuário são aquelas que talvez não tenham sido pretendidas e que nem sempre são visíveis pelos profissionais. Logo, a partir da compreensão da forma como as pessoas vivem, de como significam as coisas e dos valores que carregam consigo, espera-se que o profissional esteja mais apto a atender as reais necessidades daquele que busca o cuidado e, consequentemente, contribuir com maior facilidade e eficiência para o seu bem-estar.

Seguindo a mesma linha, é necessário que o profissional também repense suas práticas, incorpore novos conceitos e redefina suas condutas diante das necessidades mais imediatas da população. Tendo em vista que a qualidade do cuidado requer não apenas qualificação técnica e das relações, mas também dimensionamento adequado da força de trabalho e condições mínimas para o cumprimento de suas funções. Espera-se ainda que o profissional possa ter o apoio de uma gestão que esteja comprometida com a saúde de quem cuida e de quem é cuidado.

Os resultados da presente tese demonstram que existe uma escassez de publicações que proponham protocolos de atendimento e propostas de intervenção nutricional pré-natal, estruturadas com base nos princípios da integralidade e desenvolvidas no nível primário de atenção à saúde, assim como trabalhos que avaliem o processo e o impacto de propostas terapêuticas à saúde do binômio mãe-filho. A partir dessa constatação e do entendimento das

interações sociais e institucionais das gestantes moradoras de Manguinhos, da região onde vivem e de uma unidade básica de saúde que frequentam, foi desenvolvido um modelo de cuidado nutricional pré-natal destinado a essa população.

Os dados apontaram significativa contribuição do protocolo cuidado nutricional pré-natal aplicado na maior adequação do ganho de peso gestacional total e nas menores proporções de intercorrências gestacionais. Acredita-se que essa melhora no desfecho perinatal possa ser atribuída ao diferencial do aconselhamento nutricional e dietético estruturado por meio das RC, apoiado na integralidade do cuidado, no acolhimento, no aconselhamento coletivo, no diálogo e na humanização das ações e práticas em saúde.

Os sentidos atribuídos pelas puérperas ao cuidado nutricional corroboram com esses achados ao demonstrarem que, por mais que as gestantes tenham valorizado mais as RC como um ambiente de apoio e acolhimento, as práticas de educação em saúde também foram reconhecidas como espaços de troca de saberes, experiências e vivências, que permitiram que as gestantes pudessem refletir sobre suas escolhas em relação à saúde, reforçando a importância da organização da atenção nutricional a esse ciclo da vida, no âmbito da APS.

Como limitações do estudo, o subregistro de informações nos prontuários e o desenvolvimento da pesquisa em apenas uma clínica da família no município do Rio de Janeiro não permitem que os achados desse estudo sejam extrapolados para a população da cidade como um todo. Além disso, a realização das entrevistas apenas com as puérperas impediu que fossem também apreendidos os sentidos atribuídos pelos profissionais ao cuidado pré-natal desenvolvido na CF.

Ressalta-se a necessidade de se repensar o cuidado dispensado à gestante e estimar a incorporação de práticas educativas voltadas às mulheres no contexto da ESF, incluindo ações de alimentação e nutrição, de forma a promover seu emponderamento na busca por uma

gravidez saudável, por meio de práticas acolhedoras, valorizando suas singularidades e respeitando seu contexto de vida e sua cultura.

Tendo em vista a necessidade de alterações nos processos de trabalho, de gestão e de formação profissional para garantir a integralidade do cuidado, também é desejado que os profissionais possam atuar de maneira interdisciplinar, sem que haja a superposição de saberes e a redução do sujeito cuidado a um mero procedimento.

Apesar de a intervenção ter sido coordenada por um nutricionista, é possível que as RC também possam ser desenvolvidas por profissionais tanto do NASF quanto das ESF. O nutricionista, como apoiador do NASF, pode contribuir com a oferta de suporte técnico especializado à equipe interdisciplinar de saúde.

Espera-se que o presente estudo possa contribuir para a consolidação da organização das ações de saúde e nutrição para o grupo materno-infantil na APS, de forma a subsidiar as demandas e necessidades de saúde desse grupo, considerando as de maior frequência e relevância, na perspectiva da integralidade e da longitudinalidade do cuidado. Reitera-se a necessidade de desenvolvimento de estratégias educativas com abordagens metodológicas específicas direcionadas às gestantes e de estudos que busquem avaliar o efeito dessas intervenções.

REFERÊNCIAS

AGAYO, V.M. et al. Oppotunities for improving the quality of nutritional services in the national health system in Mozambique: findings from Manica Province. **J Trop Pediatrics**, v.50, n.5, p.314-318, 2004.

AHRARI, M. et al. A positive deviance-based antenatal nutrition project improves birth-weight in Upper Egypt. **J Health Popul Nutr**, v.24, n.4, p.498-507, 2006.

ALVIM, D.A.B.; BASSOTO, T.R.P.; MARQUES, G.M. Sistematização da assistência de enfermagem à gestante de baixo risco. **Rev Meio Amb Saúde**, v.2, n.1, p.258-272, 2007.

ANGROSINO, M.V.; PÉREZ, K. (2000). **Rethinking observation: From method to context**. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (2nd ed., pp.673–702). Thousand Oaks, CA: Sage.

ASSIS, A.M.O. et al. O Programa Saúde da Família: contribuições para uma reflexão sobre a inserção do nutricionista na equipe multidisciplinar. **Rev. Nutr**., v.15, n.3, p.255-266, 2002.

ATALAH, E. et al. Propuesta de un nuevo estándar de evaluación nutricional em embarazadas. **Rev Méd Chile**, v.125, n.12, p.1429-1436, 1997.

ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, 2013. Disponível em:< http://www.atlasbrasil.org.br>. Acesso em: 7 mai 2015.

AYRES, J.R.C.M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, v.13, n.3, p.16-29, 2004.

AZEVEDO, I.G.S. **Aconselhamento aplicado ao assistir em amamentação: uma análise da proposta oficial**. [Dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2004.

BARROS, D.C. et al. (orgs.). **Alimentação e Nutrição: contexto político, determinantes e informação em saúde**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2013.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BATISTA, K.B.C.; GONÇALVES, O.S.J. Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde Soc**., v.20, n.4, p.884-899, 2011.

BOSI, M.L.M.; UCHIMURA, K.Y. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? **Rev Saúde Pública**, v.41, n.1, p.150-153, 2007.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Leis, Decretos etc. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>. Acesso em: 13 jul. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Programa de Saúde da Família. Brasília, COSAC, 1994.

_____. Ministério da Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 1998.

_____. Ministério da Saúde. Saúde da Família [online]. Disponível na Internet: < http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php> (04/01/10) (a).

_____. Ministério da Saúde. Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF. Disponível na Internet:<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/nasf.php> (04/01/10) (b).

_____. Ministério da Saúde. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Vigilância Alimentar e Nutricional. SISVAN. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde. Norma Técnica – SISVAN. Material Preliminar. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, – Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança/ Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. Matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção básica de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

_____. Instituto de Pesquisas Econômicas e Aplicadas. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio – Relatório nacional de acompanhamento. Brasília: IPEA; 2010a.

_____. Ministério da Saúde. Gestação de alto risco: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

_____. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010c.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010d.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1459. Institui a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde; 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c.

_____. Ministério da Saúde - Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN)/ Organização Panamericana da Saúde (OPAS)/ Observatório de Políticas de Segurança Alimentar e Nutrição (OPSAN)/ Universidade de Brasília (UnB). Curso de autoaprendizado Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde. Brasília, 2012d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual instrutivo das ações de alimentação e nutrição na Rede Cegonha [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento / Coordenação: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos; supervisão: Grupo Técnico para o acompanhamento dos ODM. - Brasília : Ipea : MP, SPI, 2014.

BRILEY, C.; FLANAGAN, N.L.; LEWIS, N.M. In-home prenatal nutrition intervention increased dietary iron intakes and reduced low birth weight in low-income African-American women. **J Am Diet Assoc**, v.102, n.7, p.984-7, 2002.

CARVALHO, M.A.P. (org). 2012. **O território integrado de atenção à saúde em Manguinhos: todos somos aprendizes!** Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz, 2012.

CASTRO, M.B.T.; KAC, G.; SICHIERI, R. Determinantes nutricionais e sóciodemográficos da variação de peso no pós-parto: uma revisão da literatura **Rev. Bras. Saude Mater Infant**, v.9, n.2, p.125-137, 2009.

CASTRO, M.B.T.; SANTOS, M.M.A.S.S.; BAIÃO, MR. **Livro de Bolsa de Mãe**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2013. 36p., il.

CECATTI, J.G. Saúde da mulher: enfoque da evidência científica para a prevenção da morbidade e mortalidade materna. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant**., v.5, n.1, p.9-11, 2005.

CHAGAS, C.B. et al. Reduction of vitamin A deficiency and anemia in pregnancy after implementing proposed prenatal nutritional assistance. **Nutr Hosp**, v.26, n.4, p.843-50, 2011.

CHAZAN, L.K. **“Meio quilo de gente”: um estudo antropológico sobre ultra-som obstétrico**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

CHRISTIAN P. Maternal nutrition, health, and survival. **Nutr Rev**, v.60: S59-S63, 2002.

COIMBRA, L.C. et al. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. **Rev Saúde Pública**, v.37, p.456-62, 2003.

COSTA, G.D. et al. Avaliação do cuidado à saúde da gestante no contexto do Programa Saúde da Família. **Cien Saude Colet**, v.14, supl.1, p.1347-1357, 2009.

COUTINHO, T. et al. Monitoring the pre- natal care process among users of the Unified Health Care System in a city of the Brazilian South- east. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v.32, p.563-569, 2010.

CRUZ NETO, O.; MOREIRA, M.R.; SUCENA, L.F.M. Grupos Focais e Pesquisa SociaL Qualitativa: o debate orientado como técnica de investigação. In: **XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais - ABEP**, 4 a 8 de novembro de 2002, Ouro Preto. Disponível em: www.abep.nepo.unicamp.br. Acesso em: 25 out. 2007.

DAVIS-FLOYD, R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. **Int J Gynaecol Obstet**, V.75, sup.1, p.S5-S23, 2001.

DESLANDES S. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Cien Saude Colet**, v.9, n.1, p.7-14, 2004.

DIAS, V.P.; SILVEIRA, D.T.; WITT, R.R. Educação em saúde: o trabalho de grupos em atenção primária. **Rev. APS**, v.12, n.2, p.221-227, 2009.

DOMINGUES, R.M.S.M. et al. Avaliação da adequação da assistência pré- natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v.28, n.3, p.425-37, 2012.

DONABEDIAN, A. The quality of care: how can it be assessed?. **JAMA: The Journal of the American Medical Association**, v. 260, n. 12, p. 1743-1748, 1988.

ENGSTRON, E.; FONSECA, Z.; LEIMANN, B. (orgs.). **A experiência do Território Escola Manguinhos na atenção primária de saúde**. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2012.

ERDMANN, A.L. et al. Gestão das práticas de saúde na perspectiva do cuidado complexo. **Texto Contexto Enferm**, v.15, n.3, p.483-91, 2006.

FARIA, H.X.; ARAUJO, M.D. Uma Perspectiva de Análise sobre o Processo de Trabalho em Saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. **Saúde Soc**., v.19, n.2, p.17-27, 2008.

FONTANELLA, B.J.B.; RICAS, J.; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad Saúde Pública**, v.24, n.1, p.425-37, 2012.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Organização Social: Plano de Trabalho para Gerenciamento e execução das atividades e serviços de saúde da Rede Assistencial Básica no âmbito das comunidades da área programática 3.1 do bairro de Manguinhos- Rio de Janeiro.

Programa de trabalho – Área programática 3.1 – Manguinhos - Território Integrado de Atenção à Saúde (TEIAS) – Escola Manguinhos. Atenção Primária em Saúde no Território de Manguinhos: inovações na atenção, ensino e pesquisa para a saúde e qualidade de vida das famílias. Rio de Janeiro: Fiotec, 2009.

FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.15, n.2, p.345-353, 1999.

FRANCO, C.M.; FRANCO, T.B. Linhas do Cuidado Integral: Uma Proposta de Organização da Rede de Saúde. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/dados/1312992014173Linhacuidado-integral-conceito-como-fazer.pdf>. Acesso em: 21 de junho de 2014.

FREITAS, M.T.A. A abordagem sócio-histórica como orientadora da pesquisa qualitativa. **Cad. Pesqui**., n. 116, p.31-29, 2002.

FURTADO, J.P. Um método construtivista para a avaliação em saúde. **Cienc. Saude Colet**, v.6, n.1, p.165-181, 2001.

GIL, C.R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, v.22, n.6, p.1171-1181, 2006.

GÓES, M.C.R.; CRUZ, M.N. Sentido, significado e conceito: notas sobre as contribuições de Lev Vigotski. **Pro-Posições**, v.17, n.2, p.31-45, 2006.

GOMES, A.G.; PICCININI, C.A. Impressões e Sentimentos de Gestantes em Relação à Ultra-Sonografia Obstétrica no Contexto de Normalidade Fetal. Psicol. **Refl. Crít**. V.20, n.2, p.179-187, 2007.

GREGG, P.S. **Avaliação da adequação da assistência pré-natal em um centro de saúde escola em Manguinhos, Rio de Janeiro**. [Monografia de Especialização]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ; 2009.

HABERMAS, J. **Teoría de la acción comunicativa**. Madrid, Taurus, 1988.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). Committee to Reexamine IOM Pregnancy Weight Guidelines. Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines. Guidelines Institute of Medicine; National Research Council, 2009.

KHANANI, I.; *et al*.. The impact of prenatal WIC participation on infant mortality and racial disparities. **Am J Public Health**. v. 1, n. 100 (Suppl 1), p. S204-9, 2010.

LANDIM, F.L.P. et al. Uma reflexão sobre as abordagens em pesquisa com ênfase na integração qualitativo-quantitativa. **RBPS**, v.19, n.1, p.53-58, 2006.

LANDIS, J.R.; KOCH, G.G. The measurement of observer agreement for categorical data. **Biometrics**, 1977, 33:159-174.

LANSKY, S. et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cad. Saúde Pública**, v.30, supl.1:S192-S207, 2014.

LÍBERA, B.D. et al. Avaliação da assistência pré-natal na perspectiva de puérperas e profissionais de saúde. **Cien Saude Colet**, v.16, n.12, p.4855-4864, 2011.

LÍBERA, B.D. et al. Adherence of pregnant women to dietary counseling and adequacy of total gestational weight gain. **Nutr Hosp**, v.26, n.1, p.79-85, 2011.

LIMA, MADS.; ALMEIDA, M.C.P.; LIMA, C.C. A utilização da observação participante e da entrevista semi-estruturada na pesquisa em enfermagem. **R. gaúcha Enferm**., v.20, n. esp., p.130-142, 1999.

MARTINS, H.H.T.S. Metodologia qualitativa de pesquisa. **Educ. Pesqui,** v.30, n.2, p.289-300, 2004.

MATTOS, R.A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos, 2001. Disponível em: < http://www.uefs.br/pepscentroleste/arquivos/artigos/os_sentidos_integralidade.pdf> Acesso em: 15 jul. 2014.

MERHY, **E.E. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte – Reescrevendo o Público**; Ed. Xamã; São Paulo, 1998.

MERHY, E.E. **Saúde: cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E.E. Gestão da produção do cuidado e clínica do corpo sem órgãos: novos componentes dos processos de produção do cuidado em saúde, 2007. Disponível em: www.hucff.ufrj.br/micropolitica. Acesso em: 24 jun. 2014.

MELLO, G.A.; FONTANELLA, B.J.B.; DEMARZO, M.M.P. Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde – origens e diferenças conceituais. **Rev. APS**, v.12, n.2, p.204-213, 2009.

MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S.G.; SOUZA, E.R. Avaliação por triangulação de métodos. Abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

MINAYO, M.C.S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cad Saude Publica**, v.9, n.3, p.239-262, 1993.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006.

MORSE, J.M. **Critical Issues in Qualitative Research Methods**. Thousand Oaks, CA: Sage, 1994.

MOURA, R.H.; LUZIO, C.A. O apoio institucional como uma das faces da função apoio no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): para além das diretrizes. **Interface**, v.18, sup.1, p.973-986, 2014.

NAGAHAMA, E.E.I.; SANTIAGO, S.M. O cuidado pré-natal em hospital universitário: uma avaliação de processo. **Cad. Saúde Pública**, v.22, n.1, p.173-179, 2006.

NIQUINI, R.P. et al. 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**, v.17, n.10, p.2805-2816, 2012.

NORONHA, J.A. et al. Interventional study to strengthen the health promoting behaviours of pregnant women to prevent anaemia in southern India. **Midwifery**, v.29, n.7, p.35-41, 2013.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. A atenção à saúde coordenada pela APS : construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. / Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília : Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS), 2010. Packages of interventions for family planning, safe abortion care, maternal, newborn and child Health. Geneva: WHO (WHO/FCH/10.06)

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Atención Primaria de Salud: Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1978.

PADILHA, P.C. et al. The performance of various anthropometric assessment methods for predicting low birth weight in pregnant women. **Rev Bras Saude Mater Infant**, v.9, n.2, p.197-206, 2009.

PADILHA, P.C. Barros DC, Campos ABF, Ayeta AC, Queiroz JA, Saunders C. Performance of an anthropometric assessment method as a predictor of low birthweight and being small for gestational age. **J Hum Nutr Diet**, v.28, n.3, p.292-299, 2014.

PEREIRA, M.G. **Epidemiologia. Teoria e Prática**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 1999

PEREIRA, A.V.; VIEIRA, A.L.S.; AMÂNCIO FILHO, A. Grupos de educação em saúde: aprendizagem permanente com pessoas soropositivas para o HIV. **Trab. Educ. Saúde**, v.9, n.1. p.25-41, 2011.

RICHARDS, R.; *et al*. Maternal health behaviors and infant health outcomes among homeless mothers:U.S. Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children (WIC) 2000–2007. **Preventive Medicine**. v. 52, p. 87–94, 2011.

RODRIGUES, E.M.; SOARES, F.P.T.P.; BOOG, M.C.F. Resgate do conceito de aconselhamento no contexto do atendimento nutricional. **Rev. Nutr**., v.18, n.1, p.19-128, 2005.

ROMAGNOLI, R.C. Breve Estudo Institucionalista Acerca do Programa de Saúde da Família. **Saúde Soc**., v.18, n.3. p.525-536, 2009.

ROSA, W.A.G.; LABATE, R.C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 13, n.6, p.1027-1034, 2005.

ROUSE, D.J. Potential cost-effectiveness of nutrition interventions to prevent adverse pregnancy outcomes in the developing world. **J Nutr**, v.133, supl.2, p.1640S-1644S, 2003.

SANTOS, L.M. et al. Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. **Rev Saúde Pública**, v.40, n.2, p.346-352, 2006.

SANTOS, M.M.A.S.S. et al. Impact of an intervention nutrition program during prenatal on the weight of newborns from teenage mothers. **Nutr Hosp**, v.28, n.6, p.1943-1950, 2013.

SANTOS, M.M.A.S.S et al. Estado nutricional pré-gestacional, ganho de peso materno, condições da assistência pré-natal e desfechos obstétricos adversos entre puérperas adolescentes. **Rev Bras Epidemiol**, v.15, n.1, p.143-154, 2012.

SANTOS, M.M.A.S. **Avaliação do impacto de um programa de acompanhamento nutricional pré-natal no resultado obstétrico de gestantes adolescentes: uma conjugação das dimensões biomédica e sociocultural**. [Tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Instituto de Nutrição Josué de castro, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2011.

SAUNDERS, C.; BESSA, T.C.A.; PADILHA, P.C. Assistência Nutricional Pré-natal. In: Accioly E, Saunders C, Lacerda EMA. Nutrição em Obstetrícia e Pediatria**.** Editora Cultura Médica/Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2012: 103-126. 2a. edição revisada e 2a. reimpressão revisada e atualizada.

SAUNDERS, C. et al. Association between gestational night blindness and serum retinol in mother/newborn pairs in the city of Rio de Janeiro, Brazil. **Nutrition**, v.21, n.4, p.456-461, 2005.

SAUNDERS, C.; BESSA, T.C.C.D.; PADILHA, P.C. Assistência Nutricional Pré-natal. In: Accioly E, Saunders C, Lacerda EMA. Nutrição em Obstetrícia e Pediatria, 2ª edição, Editora Cultura Médica, 2009. 103-124

SAY, L. et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. **Lancet Glob Health**, v.2, n.6, p.e323-33, 2014.

SCHRAIBER, L.B. **Medicina tecnológica e prática profissional contemporânea: novos desafios e outros dilemas**. São Paulo, 1997. Tese (Livre-Docência) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

SERRUYA, S.J.; CECATTI, J.G.; LAGO, T.G. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.5, p.1281-1289, 2004.

SOUSA, M.F.; HAMANN, E.M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Cien Saude Colet**, v.14, sup. 1, p.1325-1335, 2009.

UNITED NATIONS, The Millennium Development Goals Report 2015, ISBN ISBN 978-92-1-101320-7, Disponível em http://www.un.org/millenniumgoals/reports.shtml. Acesso em: 09 jan 2016.

THOMPSON, J.B. **Ideologia e cultura moderna: teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa**. 9 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais – A pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas: 1987. p. 116-175.

TURATO, E.R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**, v.39, n.3, p.507-514, 2005.

VERANI, J.F.S. **Crítica metodológica sobre avaliação de programa de imunização: contribuições para a construção de um novo modelo**. [Tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2005.

VIEIRA-DA-SILVA, L.M. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: Hartz, Z.M.A.; Silva, L.M.V. (Org). Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005, p.1-39.

VÍTOLO, M.R.; BUENO, M.S.F.; GAMA, C.M. 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**, v.33, n.1, p.13-9, 2011.

VIELLAS, E.F.; DOMINGUES, R.M.S.M; DIAS, M.A.B.; GAMA, S.G.N.; THEME-FILHA, M.M.; COSTA, J.V. ET AL. Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.30, sup.1, p.S85-S100, 2014.

VYGOTSKI, L.S. Pensamiento y lenguaje. In: Vygotski Lev S. Problemas de Psicologia General – Obras Escogidas – v. II. (edição dirigida por Alvarez, A. e Del Rio, P.) Madri: Visor, 1993, p. 11-348.

WHITE, K.L.; WILLIAMS, T.F.; GREENBERG, B.G. The Ecology of Medical Care. **N Engl J Med**, v.265, p.885–893, 1961.

WIDGA, A.C.; LEWIS, N.M. Defined, in-home, prenatal nutrition intervention for low-income women. **J Am Diet Assoc**, v.99, n.9, p.1058-62, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva: WHO, 1995.

_____. 1996. Indicators for assessing vitamin A deficiency and their application in monitoring and evaluating intervention programmes. WHO/NUT/96.10. Geneva: WHO.

_____. 2007. World Health Organization. World Health Statistics 2007. France: World Health Organization; 2007a.

_____. WHO reference 2007b: Growth reference data for 5-
19 years. Disponível em: <http://www.who.int/growthref/en/> Acesso em: 18 set. 2011.

_____. World health statistics 2008. France: WHO; 2008.

_____. Trends in maternal mortality: 1990 to 2010. Geneva: WHO; 2012.

WORTHEN, B.R.; SANDERS, J.R.; FITZPATRICK. J.L. O objetivo, os usos e as distinções conceituais básicos da avaliação. In: Worthen BR, Sanders JR, Fitzpatrick JL. (Org). Avaliação de programas: concepções e práticas. São Paulo: Editora Gente, 2004, p. 33-58.

ZERBETTO, S.R.; PEREIRA, M.A.O. O trabalho do profissional de nível médio de enfermagem nos novos dispositivos de atenção em saúde mental. Rev. **Latino-Am. Enfermagem**, v.13, n.1, p.112-117, 2005.

Apêndices e Anexos

Apêndice A

Resultados parciais da etapa I:

Em relação às características sociodemográficas da população atendida no CSEGSF, a maior parte das puérperas (71,2%, n=116) apresentava idade igual ou superior a 20 anos, enquanto 28,8% (n=47) eram adolescentes. A maioria era residente de CHP2 (20%; n=40), 59,5% (n=50) não apresentava renda própria e 75,6% (n=31) eram casadas ou viviam com o companheiro. O uso de cigarro e de bebida alcoólica foi negado por 81,6% (n=31) enquanto 18,4% (n=7) relataram o uso dessas substâncias. Já o uso de outros tipos de drogas foi negado por 94,6% (n=35) e confirmado por 5,4% (n=2).

Segundo os dados das características obstétricas, 86,7% (n=137) das gestantes apresentaram alguma intercorrência gestacional, sendo 66,3% (n=108) infecção do trato urinário (ITU) e 31,9% (n=52) anemia. Além disso, 8% delas apresentaram picamalácia e, de forma semelhante, 8%, cegueira noturna. Já no parto/puerpério, das mulheres que apresentaram alguma intercorrência, as principais foram as SHG (22,9%; n=14).

Quanto ao perfil nutricional, 42,5% (n=31) das gestantes apresentavam IMC pré-gestacional adequado, sendo que 31,5% (n=23) apresentavam sobrepeso e 16,4% (n=12) obesidade. Quanto ao ganho de peso gestacional total, apenas 27,2% (n=19) apresentaram adequação, sendo que 25,7% (n=18) ganharam abaixo do recomendado e, 47,1% (n=33), acima.

Com base nas características dos recém nascidos, 13,3% (n=6) apresentavam baixo peso ao nascer e 9,2 % (n=7) eram prematuros. Quando analisada a adequação do peso ao nascer em relação à idade gestacional, 9,1% (n=5) dos recém-nascidos foram classificados como pequenos para a idade gestacional, enquanto 7,3% (n=4) eram grandes para a idade gestacional. Quanto às intercorrências neonatais, 61,4% (n=19) apresentaram algum tipo de intercorrência ao nascimento, sendo a icterícia (26%; n=8) a mais prevalente.

Anexo 1

Formulário de coleta de dados

Registro:_____
Prontuário:_____
Nome:_____
Pesquisador:_____
Data:_____/_____/_____
ACS: _____ Local: ( ) CFVV ( ) CSEGSF

1. Dados de identificação e sociodemográficos

Endereço:_____
Bairro:_____ Cidade:_____
Telefone:_____
(1) PSF _____ Demanda espontânea (2)
Data de Nascimento: _____/_____/_____ Idade na concepção: |__|__| Anos
Nível de Instrução: (1) Analfabeta (2) Ensino fundamental incompleto
(3) Ensino fundamental completo (4) Ensino médio incompleto
(5) Ensino médio completo (6) Superior
Ocupação: _____ Ajuda governamental (1) Não (2) Sim Qual: _____
Situação marital: (1) Casada/vive com o companheiro (2) Vive sem o companheiro
Cor da pele: (1) Branca (2) Preta/Negra (3) Parda (4) Indígena (5) Amarela
Renda Familiar Total: _____ Nº de pessoas da família:_____ RFPC: _____
Saneamento do lar: (1) Adequada (2) Inadequada_____
Água de consumo: (1) bica (2) fervida (3) filtrada (4) mineral (5) outro: _____
Uso de fumo, álcool, drogas na gestação: (1) Sim/qual? _____ (2) Não

2. História Obstétrica e da Assistência Pré-natal

Gesta:_____ Para:_____ Abortos (especificar espontâneo/provocado):_____
Aborto na gestação anterior: (1) Sim. Tipo _____ (2) Não
História anterior: (1) neomorto (2) natimorto (3) BPN (<2.5kg) (4) macrossomia (≥4kg)
(5) pré-termo (6) intercorrências gestacionais (_____)
Data do término da última gestação: ____/____/____ Intervalo interpartal/intergestacional: _____
Nº de consultas PN: _____ Nº de consultas com o nutricionista: _____

3. Avaliação nutricional materna

Peso pré-gestacional:_____kg Peso na 1ª consulta:_____kg (IG |_____|_____| s - US/DUM)
Estatura pré-gestacional:_____m IMC pré-gestacional: _____ Classificação: (1)Bp (2) N (3) Sp (4)O
IMC gestacional inicial: _____ Classificação: (1)Bp (2)A (3) Sp (4) Ob

ENTREVISTA

***Para investigação da picamalácia*:**

Tem vontade de ingerir substâncias ou combinações estranhas durante a gestação?

(1) Sim. Qual (is), frequência?_____ (2) Não

Caso a resposta da 1 seja Sim, o que sente é vontade ou desejo de ingerir tais substâncias? _____

Quando sente a vontade de ingerir a substância, realmente a ingere?

(1) Sim. Frequência, quantidade?_____ (2) Não

Esse comportamento já ocorreu em outras gestações ou em períodos de amamentação anteriores ou mesmo fora da gestação? (1) Sim. Quando?_____ (2) Não

Você sabe o motivo dessa vontade/desejo?_____

Para investigação da cegueira noturna

a. Dificuldade para enxergar durante o dia? (1) Sim (2) Não

b. Dificuldade para enxergar com pouca luz ou à noite? (1) Sim. Quando começou/terminou?_____ (2) Não

c. Tem cegueira noturna? (1) Sim. Quando começou/terminou?_____ (2) Não

Tem algum problema de visão? (1) Sim. Qual?_____ (2) Não

Casos de XN: resposta da pergunta a. for NÃO e a da b. e/ou c. for SIM.

Nos casos de XN investigar:

• quando ocorreu o início do sintoma?_____

• frequência que ocorre o sintoma?_____

• já apresentou o sintoma em outra gestação e/ou lactação?

(1) Sim. Quando?_____ (2) Não

• conhece algum *termo* para identificar tal sintoma?_____

Data	IG (DUM)	IG (US)	Sintomatologia digestiva	Medicamento (dose/freq).	Suplemento (dose/freq).

EXAMES

Dosagem	**___/___/___ IG ___ sem**	**___/___/___ IG ___ sem**	**___/___/___ IG ___ sem**	**___/___/___ IG ___ sem**	**___/___/___ IG ___ sem**
Hemácias					
Hemoglobina					
Hematócrito					
VCM					
Glicemia de jejum					
TOTG					
EAS					
Urocultura					
Fezes					
VDRL					
HIV					
US					
Outro					

Data	**IG (DUM)**	**IG (US)**	**Peso (kg)**	**Ganho semanal (kg)**	**IMC gestacional**	**PA**	**Edema**	**Inter-corrências**	**Altura uterina**

4. Avaliação no Puerpério

Acompanhamento no puerpério? (1) Sim (2) Não
Número de consultas no Pré-natal: _____ Número de consultas coletivas/individuais:_____
Avaliação antropométrica materna:
Peso na última consulta:_____kg (IG =____) Ganho total: _____kg
IMC gestacional na última consulta: (1) baixo peso (2) adequado (3) sobrepeso (4) obesidade
Avaliação da adequação do ganho de peso:
MS (2006): (1) abaixo (2) adequado (3) acima
IOM (2009): (1) abaixo (2) adequado (3) acima
Intercorrências maternas no parto/puerpério:_____
IG no parto: |__|__| s Tipo de parto: (1) normal (2) cesárea (3) fórceps
Condições ao nascer: (1) feto único (2) gemelares (neste caso, anotar os dados do(s) outro(s) bebê (s) no verso).
IG (DUM): |__|__| s Sexo: (1) F (2) M IG (Capurro): |__|__| s
Peso:_____g Comprimento:_____cm PC:_____cm Apgar 1'e 5':____/____
Correlação P/IG : (1) PIG (2) AIG (3) GIG Intercorrências do RN: _____(idade)
Alimentação do RN na internação: (1) AM (2) Fórmula (3) AM + Complementação
Via de administração: (1) Oral (2) sonda _____ (3) Parenteral
Observações:
_____
Condições da amamentação:
Problemas com o AM (tipo e período):_____
Recebeu orientações sobre aleitamento materno: (1) no pré-natal (2) no puerpério imediato (3) não recebeu

Anexo 2

Avaliação do estado nutricional inicial da gestante adulta e recomendação de ganho de peso (kg), segundo o estado nutricional inicial:

Estado Nutricional Inicial (IMC) [a]	Ganho de peso (kg) total no 1º trimestre (IG < 14 semanas)[b]	Ganho de peso (kg) semanal médio no 2º e 3º trimestres (IG ≥ 14 semanas)	Ganho de peso (kg) total na gestação	Ganho de peso mínimo (kg/mês) [d]
Baixo Peso (BP) (<18,5)	1,0-3,0	0,51	12,5-18,0	Não determinado
Adequado (A) (18,5-24,99)	1,0-3,0	0,42	11,5-16,0	1,0
Sobrepeso (S) (25,0-29,99)	1,0-3,0	0,28	7,0-11,5	Não determinado
Obesidade (O) (> 30,0)	0,2-2,0	0,22	5,0-9,0	0,5

Fontes: Adaptado das recomendações dos comitês IOM (2009) e MS (2006).

Anexo 3

Classificação do IMC pré-gestacional por idade para adolescentes do sexo feminino

Baixo peso	< escore-z -2
Adequado	≥ escore-z -2 e ≤ escore-z +1
Sobrepeso	> escore-z +1 e ≤ escore-z +2
Obesidade	> escore-z +2

Fonte: Adaptado de WHO, 2007.

Avaliação do estado nutricional inicial da gestante adolescente e recomendação de ganho de peso (kg), segundo o estado nutricional inicial:

Estado Nutricional Inicial (IMC) [a]	Ganho de peso (kg) total no 1º trimestre (IG < 14 semanas)[b]	Ganho de peso (kg) semanal médio no 2º e 3º trimestres (IG ≥ 14 semanas)	Ganho de peso (kg) total na gestação	Ganho de peso mínimo (kg/mês) [d]
Baixo Peso (BP)	1,0-3,0	0,51	12,5-18,0	Não determinado
Adequado (A)	1,0-3,0	0,42	11,5-16,0	1,0
Sobrepeso (S)	1,0-3,0	0,28	7,0-11,5	Não determinado
Obesidade (O)	0,2-2,0	0,22	5,0-9,0	0,5

Fontes: Adaptado das recomendações dos comitês IOM (2009); MS (2006); WHO (1995).

Anexo 4

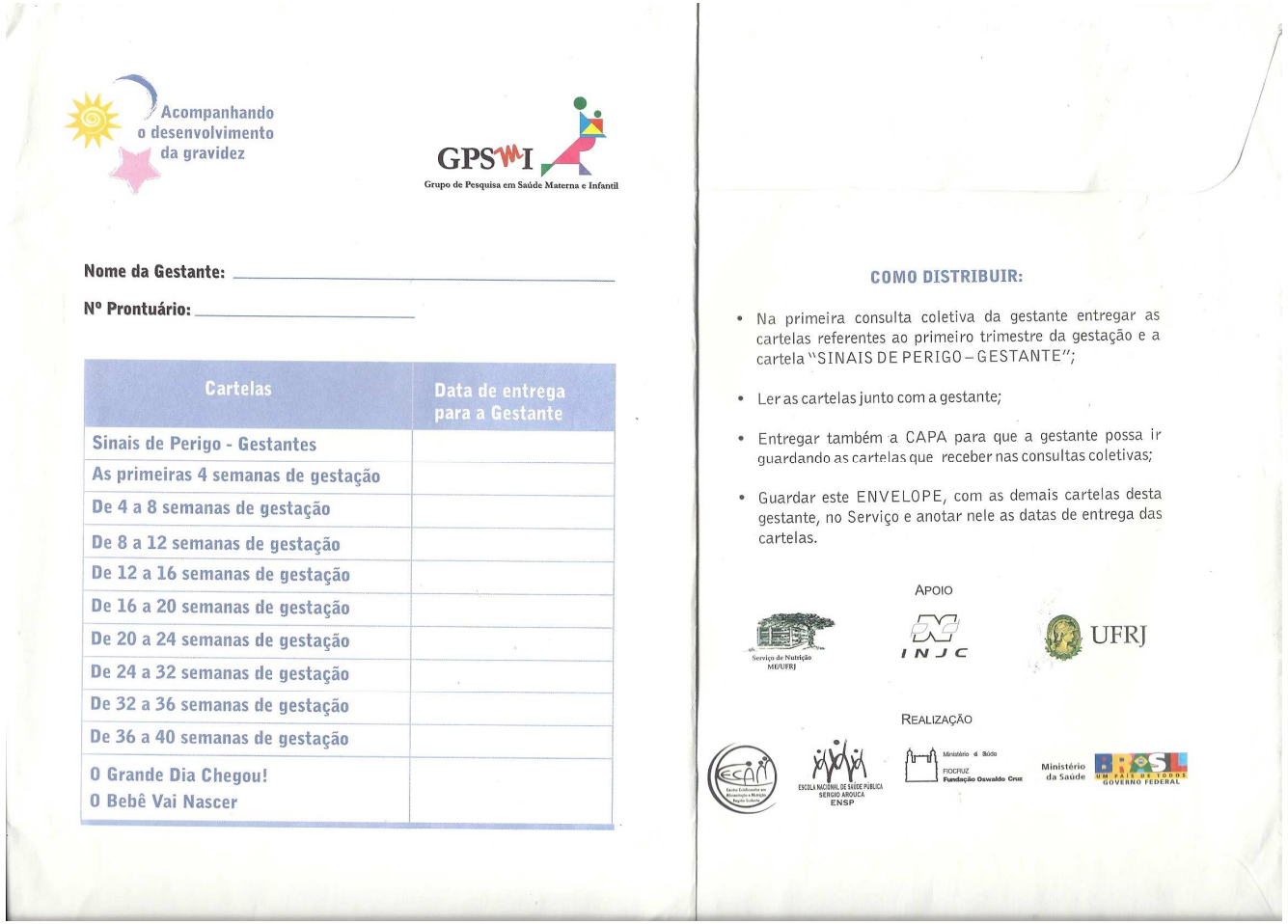
Avaliação do estado nutricional da gestante acima de 19 anos, segundo o índice de Massa Corporal – IMC, por semana gestacional

Semana gestacional	Baixo peso (BP) IMC ≤	Adequado (A) IMC entre		Sobrepeso (S) IMC entre		Obesidade (O) IMC ≥
6	19,9	20,0	24,9	25,0	30,0	30,1
8	20,1	20,2	25,0	25,1	30,1	30,2
10	20,2	20,3	25,2	25,3	30,2	30,3
11	20,3	20,4	25,3	25,4	30,3	30,4
12	20,4	20,5	25,4	25,5	30,3	30,4
13	20,6	20,7	25,6	25,7	30,4	30,5
15	20,8	20,9	25,8	25,9	30,6	30,7
16	21,0	21,1	25,9	26,0	30,7	30,8
17	21,1	21,2	26,0	26,10	30,8	30,9
18	21,2	21,3	26,1	26,2	30,9	31,0
19	21,4	21,5	26,2	26,3	30,9	31,0
20	21,5	21,6	26,3	26,4	31,0	31,1
21	21,7	21,8	26,4	26,5	31,1	31,2
22	21,8	21,9	26,6	26,7	31,2	31,3
23	22,0	22,1	26,8	26,9	31,3	31,4
24	22,2	22,3	26,9	27,0	31,5	31,6
25	22,4	22,5	27,0	27,1	31,6	31,7
26	22,6	22,7	27,2	27,3	31,7	31,8
27	22,7	22,8	27,3	27,4	31,8	31,9
28	22,9	23,0	27,5	27,6	31,9	32,0
29	23,1	23,2	27,6	27,7	32,0	32,1
30	23,3	23,4	27,8	27,9	32,1	32,2
31	23,4	23,5	27,9	28,0	32,2	32,3
32	23,4	23,5	27,9	28,0	32,2	32,3
33	23,8	23,9	28,1	28,2	32,4	32,5
34	23,9	24,0	28,3	28,4	32,5	32,6
35	24,1	24,2	28,4	28,5	32,6	32,7
36	24,2	24,3	28,5	28,6	32,7	32,8
37	24,4	24,5	28,7	28,8	32,8	32,9
38	24,5	24,6	28,8	28,9	32,9	33,0
39	24,7	24,8	28,9	29,0	33,0	33,1
40	24,9	25,0	29,1	29,2	33,1	33,2
41	25,0	25,1	29,2	29,3	33,2	33,3
42	25,0	25,1	29,2	29,3	33,2	33,3

Fonte: MS (2006); Atalah *et al*. (1997)

Anexo 5

Material educativo *Acompanhando o desenvolvimento da gravidez.*



Acompanhando o desenvolvimento da gravidez

GPSMI
Grupo de Pesquisa em Saúde Materna e Infantil

Nome da Gestante: _____

Nº Prontuário: _____

Cartelas	Data de entrega para a Gestante
Sinais de Perigo - Gestantes	
As primeiras 4 semanas de gestação	
De 4 a 8 semanas de gestação	
De 8 a 12 semanas de gestação	
De 12 a 16 semanas de gestação	
De 16 a 20 semanas de gestação	
De 20 a 24 semanas de gestação	
De 24 a 32 semanas de gestação	
De 32 a 36 semanas de gestação	
De 36 a 40 semanas de gestação	
O Grande Dia Chegou! O Bebê Vai Nascer	

COMO DISTRIBUIR:

- Na primeira consulta coletiva da gestante entregar as cartelas referentes ao primeiro trimestre da gestação e a cartela "SINAIS DE PERIGO – GESTANTE";
- Ler as cartelas junto com a gestante;
- Entregar também a CAPA para que a gestante possa ir guardando as cartelas que receber nas consultas coletivas;
- Guardar este ENVELOPE, com as demais cartelas desta gestante, no Serviço e anotar nele as datas de entrega das cartelas.

APOIO

Serviço de Nutrição ME/UFRJ · INJC · UFRJ

REALIZAÇÃO

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA ENSP · FIOCRUZ Fundação Oswaldo Cruz · Ministério da Saúde · BRASIL UM PAÍS DE TODOS GOVERNO FEDERAL

Figura 2 – Envelope (frente verso) das *cartelas de evolução da gestação* utilizadas como estratégia do cuidado nutricional pré-natal.

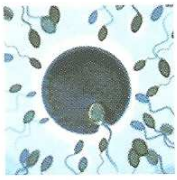
Figura 3 – Capa (frente e verso) das *cartelas de evolução da gestação* utilizado para a guarda das cartelas que a compõem.

Figura 4 – Cartela n° 1 (frente e verso)

AS PRIMEIRAS 4 SEMANAS DE GESTAÇÃO

A CONCEPÇÃO

Junção do óvulo com um único espermatozóide, formando uma nova célula, o ovo, que carrega características da mãe (óvulo) e do pai (espermatozóide)



Inicia-se, então, um processo de divisões do ovo em 2 células, 4 células, depois 8 células e assim sucessivamente, é o começo da formação do novo ser...
É o milagre da reprodução!

Embora você ainda não tenha desconfiado que está grávida,
pois ainda não houve atraso menstrual,
o seu bebê está começando a se desenvolver!!!

GPSWI
Grupo de Pesquisa em Saúde Materna e Infantil

Fonte: www.biociencia.org/morfologia/embriologia_humana.htm

ENTÃO, VOCÊ ESTÁ GRÁVIDA...
SEU FILHO JÁ ESTÁ CRESCENDO AÍ DENTRO!

Oi, mamãe!

Agora, sou uma minúscula sementinha, menor que um grão de arroz, com aproximadamente 5 milímetros. Nas duas próximas semanas, iniciará a formação do meu coração, do meu cérebro, do meu tubo digestivo, dos meus olhos e orelhas, braços e pernas.

Olha aí como me pareço agora.
me chamam de "embrião"!

Texto baseado em Moore, KL & Persaud TVN.
Embriologia Clínica, 1994.

Fonte: www.nationalgeographic.com

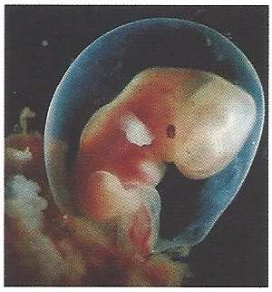
Figura 5 – Cartela n° 2 (frente e verso)

DE 4 A 8 SEMANAS DE GESTAÇÃO

Oi, mamãe!

Agora, minhas pernas, braços, mãos, boca, orelha, olhos, e meus órgãos internos (aparelho digestivo e rins) estão se desenvolvendo. Meu coração já bate e faz o sangue circular no meu corpo.

Eu me alimento com os nutrientes do seu corpo.



Olha como estou diferente agora!

Texto baseado em Moore, KL & Persaud TVN. Embriologia Clínica, 1994.

GPSMI
Grupo de Pesquisa em Saúde Materna e Infantil

Fonte: www.nationalgeographic.com

SINTOMAS, SINAIS E SENSAÇÕES

Alguns sinais da gravidez podem aparecer, como:

- moleza e sonolência;
- os seios ficam maiores e doloridos, com escurecimento das aréolas e aparecimento de pequenas veias de cor azul sob a pele, devido ao aumento da circulação sanguínea;
- vontade de urinar com freqüência;
- náuseas, vômitos e salivação excessiva;
- azia e dificuldade de digestão;
- repulsa ou desejo por certos alimentos;
- instabilidade emocional, similar à TPM (sindrome pré-menstrual): como por exemplo, maior irritabilidade, mudanças repentinas de humor, vontade de chorar;
- apreensão, medo, alegria, excitação.

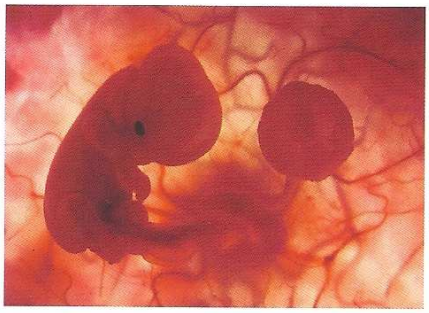
Fontes: Moore, KL & Persaud TVN. Embriologia Clínica, 1994.
Greenhill JP & Friedman, EA. Obstetrícia, 1974.

Figura 6 - Cartela n° 3 (frente e verso)

DE 8 A 12 SEMANAS DE GESTAÇÃO

Oi, mamãe!

Meus dedinhos já estão formados e separadinhos. Continuo crescendo. Agora, eu meço cerca de 3 centímetros e peso uns 10 gramas.



Já sou um feto!

Texto baseado em Moore, KL & Persaud TVN. Embriologia Clínica, 1994.

GPSMI
Grupo de Pesquisa em Saúde Materna e Infantil

Fonte: www.nationalgeographic.com

SINTOMAS, SINAIS E SENSAÇÕES

Alguns sintomas do mês passado podem, ainda, continuar.

Além disso, aumentam as células produtoras de leite e os canais que o transportam até os mamilos. As mamas crescem, podem ficar mais sensíveis e com a temperatura elevada, por causa do maior fluxo sangüíneo em toda a região. O próprio organismo começa a preparar os seios para a amamentação!

O corpo ganha formas arredondadas.

Caminhadas melhoram a circulação e podem lhe deixar mais tranqüila, desde que não haja contra-indicação médica.

Siga as orientações da (o) nutricionista para cuidar melhor de sua alimentação e descanse sempre que puder!

Fontes: Moore, KL & Persaud TVN. Embriologia Clínica, 1994.
Greenhill JP & Friedman, EA. Obstetrícia, 1974.

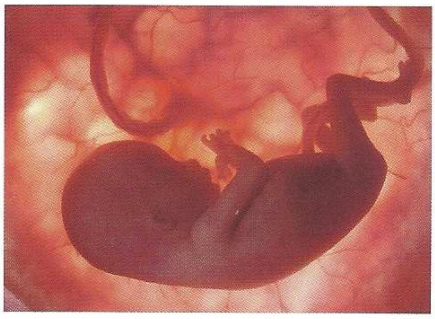
Figura 7 - Cartela n° 4 (frente e verso)

DE 12 a 16 SEMANAS DE GESTAÇÃO

Oi, mamãe!

Eu já meço 8 centímetros e peso uns 60 gramas.
Meu corpinho já está quase pronto, só preciso engordar.

Olha como desenvolvi!



Texto baseado em Moore, KL & Persaud TVN. Embriologia Clínica, 1994.

GPSWI
Grupo de Pesquisa em Saúde Materna e Infantil

Fonte: www.nationalgeographic.com

SINTOMAS, SINAIS E SENSAÇÕES

Além de alguns dos sintomas do mês passado, que podem ainda continuar, outros podem aparecer, como:

- possíveis tonturas;
- prisão de ventre;
- aumento do apetite;
- as roupas começam a ficar ligeiramente estreitas na cintura e no seio, o abdome (a barriga) pode parecer um pouco aumentado.

Evite excessos,
como carregar peso e realizar tarefas muito cansativas.

Fontes: Moore, KL & Persaud TVN. Embriologia Clínica, 1994.
Greenhill JP & Friedman, EA. Obstetrícia, 1974.

Figura 8 - Cartela n° 5 (frente e verso)

DE 16 A 20 SEMANAS DE GESTAÇÃO

Oi, mamãe!

Já estou mexendo e, talvez, você já possa perceber meus movimentos. São assim como uma sensação de um chacoalhar dentro da barriga.

Ah, já sei se vou ser um menino ou uma menina!

Veja como estou mais bonitinho agora!

Texto baseado em:
Moore, KL & Persaud TVN. Embriologia Clínica, 1994.
Greenhill JP & Friedman, EA. Obstetrícia, 1974.

GPSMI
Grupo de Pesquisa em Saúde Materna e Infantil

Fonte: www.nationalgeographic.com

SINTOMAS, SINAIS E SENSAÇÕES

Aproveite, você chegou à melhor fase, pois os enjôos já devem ter passado e você está leve e com muita disposição.
Cuidado para não exagerar.

Além de alguns dos sintomas do mês passado, que podem ainda continuar, outros podem aparecer, como:

- diminuição da freqüência da vontade de urinar;
- o seio continua a aumentar de tamanho, mas a sensação de dor e desconforto provocados pelo inchaço desaparecem ou diminuem;
- aumento da umidade vaginal;
- seu corpo está se modificando. Sua cintura está mais larga, os seios maiores e a postura pode estar alterada.

Fontes: Moore, KL & Persaud TVN. Embriologia Clínica, 1994.
Greenhill JP & Friedman, EA. Obstetrícia, 1974.

Figura 9 - Cartela n° 6 (frente e verso)

DE 20 A 24 SEMANAS DE GESTAÇÃO

Oi, mamãe!

Eu já pareço um recém-nascido em miniatura. De vez em quando, meu dedo polegar escorrega até minha boca e começo a sugar. Uma pelugem fina e macia cobre meu corpo, meus cabelos crescem na minha cabeça, e apareceram os cílios e as sobrancelhas. Meço cerca de 20 centímetros, mais ou menos o tamanho de uma boneca Barbie. Já reconheço sua voz e também escuto a voz das outras pessoas. Também percebo quando você está cansada, alegre ou triste.
Converse comigo!

Olha, agora estou dormindo, mas meus olhos já se abrem!

Texto baseado em Moore, KL & Persaud TVN. Embriologia Clínica, 1994.

GPSWI
Grupo de Pesquisa em Saúde Materna e Infantil

Fonte: www.nationalgeographic.com

SINTOMAS, SINAIS E SENSAÇÕES

Além de alguns sintomas do mês passado que poderão continuar, você poderá ainda apresentar:

- movimentos fetais mais intensos e, algumas vezes, visíveis através das roupas;
- surge aquela inexplicável vontade de comer certos alimentos (desejo). Tenha sempre em mente que é melhor evitar as extravagâncias;
- aumento da pulsação (freqüência cardíaca);

Fontes: Moore, KL & Persaud TVN. Embriologia Clínica, 1994.
Greenhill JP & Friedman, EA. Obstetrícia, 1974.

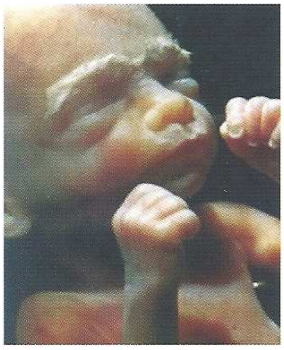
Figura 10 - Cartela n° 7 (frente e verso)

DE 24 A 28 SEMANAS DE GESTAÇÃO

Oi, mamãe!

Minha musculatura começa a se desenvolver e preciso dar verdadeiras cambalhotas. Estou pesando em média 900 gramas e medindo 30 centímetros.

Posso acordar com ruídos externos ou movimentos. Barulhos repentinos, música alta e até mesmo as vibrações de uma máquina ou carro podem me despertar.



Veja o meu novo visual!

Texto baseado em Moore, KL & Persaud TVN. Embriologia Clínica, 1994.

GPSMI
Grupo de Pesquisa em Saúde Materna e Infantil

Fonte: www.nationalgeographic.com

SINTOMAS, SINAIS E SENSAÇÕES

Além de alguns sintomas do mês passado que poderão continuar, você poderá ainda apresentar:

- movimentos fetais cada vez mais intensos;
- sensação de coceira no abdome (na barriga).
- uma certa ansiedade com relação ao futuro

Prepare seu coração, sua mente e seu corpo para amamentar!

Fontes: Moore, KL & Persaud TVN. Embriologia Clínica, 1994.
Greenhill JP & Friedman, EA. Obstetrícia, 1974.

Figura 11 - Cartela n° 8 (frente e verso)

DE 28 A 32 SEMANAS DE GESTAÇÃO

Oi, mamãe!

A partir de agora, cresço menos, mas começo a engordar. Sugo o polegar, soluço e choro. Respondo a estímulos, percebo a luz e os sons e já sou capaz de sentir dor. Os pulmões são capazes de respirar. Isto deve deixá-la aliviada, pois se eu nascesse agora teria menos dificuldades. No entanto, evite abusos para não antecipar a data do meu parto, pois ainda não estou pronto!

Ah, agora estou com vergonha!

Texto baseado em Moore, KL & Persaud TVN. Embriologia Clínica, 1994.

GPSMI
Grupo de Pesquisa em Saúde Materna e Infantil

Fonte: www.nationalgeographic.com

SINTOMAS, SINAIS E SENSAÇÕES

Além de alguns sintomas do mês passado que poderão continuar, você poderá ainda apresentar:

- insônia;
- uma certa ansiedade com relação ao bebê e ao parto;
- sonhos e fantasias sobre o bebê;

Sua barriga já deve estar linda e volumosa, e é motivo de orgulho.

Já não é mais preciso empiná-la. Todo mundo percebe a chegada de um futuro bebê. Nesta fase o umbigo pode ficar saltado.

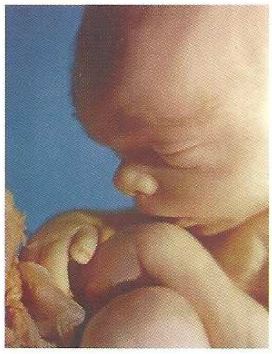
O pré-colostro, que é um leite amarelado, pode começar a sair pelos mamilos. Isso é normal. Esse leite vai ser uma verdadeira vacina para o seu filho!

Figura 12 - Cartela n° 9 (frente e verso)

DE 32 A 36 SEMANAS DE GESTAÇÃO

Oi, mamãe!

Meço agora cerca de 45 centímetros e peso aproximadamente 2.400 gramas.
Já me coloco de cabeça para baixo, na posição para nascer.
Ouço os sons com muito mais nitidez. Me mexo com mais regularidade, embora não tenha muito espaço aqui. Já tenho algum tipo de memória.
Se nascer agora, já tenho maturidade para me adaptar à vida fora do útero.



Texto baseado em Moore, KL & Persaud TVN. Embriologia Clínica, 1994.

GPSMI
Grupo de Pesquisa em Saúde Materna e Infantil

Fonte: www.nationalgeographic.com

SINTOMAS, SINAIS E SENSAÇÕES

Além de alguns sintomas do mês passado que poderão continuar, você poderá ainda apresentar:

- pré-colostro, que pode gotejar dos seios;
- um desejo cada vez maior de que a gravidez termine logo.

Para aliviar as dores na coluna e na parte de baixo da barriga, descanse com as pernas mais elevadas. Durma deitando do lado esquerdo.

O leite materno é o único alimento que o seu bebê vai precisar, pois está sendo produzido especialmente para ele.
Não existe leite fraco!

Criar um laço de amor com o bebê ainda em sua barriga é o melhor presente que você pode dar ao seu filho ou filha que vai nascer.

Figura 13 - Cartela n° 10 (frente e verso)

DE 36 A 40 SEMANAS DE GESTAÇÃO

Oi, mamãe!

Eu já estou pronto. Logo a gente vai poder se ver, se tocar e se amar mais ainda. Não vejo a hora de estar pertinho de você, ser tocado e amado por você, mamãe.

Finalmente chegou o nono mês !!

GPSMI
Grupo de Pesquisa em Saúde Materna e Infantil

Fonte: www.nationalgeographic.com

SINTOMAS, SINAIS E SENSAÇÕES

Além de alguns sintomas do mês passado que poderão continuar, você poderá ainda apresentar:

- menor movimentação do bebê dentro do útero (devido à falta de espaço);
- uma sensação de alívio maior ao pensar de que a gravidez está chegando ao fim;
- impaciência e inquietação;
- sonhos e fantasias sobre como será o bebê.

Descanse bastante e acumule energias para quando seu filho chegar. Continue a caminhar, pratique exercícios de respiração e relaxamento, de acordo com orientação médica.

Se você se sentir triste, angustiada, ou em dúvida, não se assuste. Você está prestes a viver uma grande emoção e todos estes sentimentos são absolutamente normais. O mais importante é que você será a melhor mãe do mundo para o seu filho, e para ele, basta um colo quentinho, leite materno e muito amor para que seja feliz.

Figura 14 - Cartela n° 11 (frente e verso)

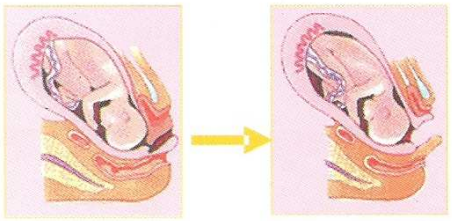
O GRANDE DIA CHEGOU! O BEBÊ VAI NASCER.

A data provável do parto é apenas uma referência que permite, de forma aproximada, identificar o momento em que ocorrerá o parto.
Alguns sinais indicam que o momento está próximo, mas eles variam de mulher para mulher e diferem a cada gestação.

- **Saída do tampão** – O tampão viscoso que bloqueia o colo do útero durante a gravidez sai pela vagina, levemente tinto de sangue, podendo ocorrer alguns dias antes do início do trabalho de parto.

- **O rompimento da bolsa das águas** – Pode ocorrer em qualquer momento do trabalho de parto. A água pode sair em jato forte, mas é mais comum apenas escorrer, porque a cabeça do bebê já está baixa e bloqueia o fluxo.

Início do trabalho de parto: Nesta fase do trabalho de parto o útero sofre contrações irregulares que podem ser fracas ou fortes.



GPSWI
Grupo de Pesquisa em Saúde Materna e Infantil

Fonte: www.unicef.org

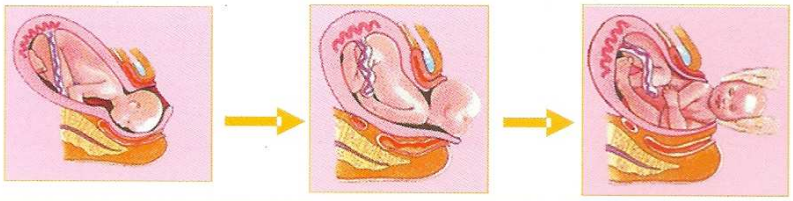
AS CONTRAÇÕES DO ÚTERO ACONTECEM EM INTERVALOS REGULARES.

- **Contrações** – Iniciam-se como uma dor fraca nas costas ou então dores agudas nas coxas. Depois você as sente na barriga, semelhantes a cólicas menstruais.

Marcando o tempo das contrações – Anote o tempo de cada contração e os intervalos entre uma e outra durante uma hora. Elas vão ficando cada vez mais fortes e freqüentes, e duram pelo menos 40 segundos no começo do trabalho de parto.

O trabalho de parto pode durar muitas horas!
O primeiro parto pode durar de 12 a 14 horas e sempre é melhor ficar mais tempo em casa. Quando as contrações acontecem a cada 10 minutos, está na hora da gestante ir para a maternidade/hospital.

- Andar é bom para diminuir o desconforto das contrações.
- Procurar posições confortáveis, tomar banho morno e receber massagens ajudam a relaxar.



Fonte: www.unicef.org

Figura 15 - Cartela n° 12 (frente e verso)

Anexo 6

Material educativo *Livro de Bolsa de Mãe*.

Figura 16: Capa e página 1 do livro.

Todos os direitos deste material reservados à:
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ / ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA / CENTRO DE SAÚDE ESCOLA GERMANO SINVAL FARIA / NÚCLEO DE ENSINO E PESQUISA EM ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO.

ISBN: 978-85-88026-66-7

Castro, Maria Beatriz Trindade; Santos, Marta Maria Antonieta de Souza; Baião, Mirian Ribeiro. Livro de Bolsa de Mãe. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2013.
36p.,il.

1- gestação. 2 - pre-natal. 3 - cuidado nutricional

2013 - ENSP/FIOCRUZ
Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Prédio Joaquim Alberto Cardoso de Melo - sala 103
Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 21041-210
Tel.: (21) 2598 2916 Fax: (21) 2598 2934
E-mail: crsisvan@ensp.fiocruz.br

Olá! Tudo bem?

Antes de tudo, parabéns pela sua **gravidez**!

Uma nova **vida** está **crescendo** dentro de você.

Logo, logo, esse **bebezinho** vai estar ao seu lado.

Imagino quantas dúvidas e expectativas você está tendo, quanto medo deve estar sentindo agora.

03

Figura 17: Páginas 2 e 3 do livro.

Não sei se é a primeira vez que fica grávida e se essa gravidez foi desejada, inesperada...

Mas sei que, agora, o que importa é
a **sua saúde e a saúde do seu bebê**.

Daqui para frente, tudo vai mudar,
ou, pelo menos, quase tudo...

E para acalmar este coração de mãe,
nada melhor do que uma boa conversa.

04

Será que estou engordando muito?

Sinto vontade de comer coisas estranhas. Será que isso é normal?

E o meu corpo, será que vai voltar a ser como era antes?

Este livro de **Bolsa de Mãe**
foi feito especialmente para **VOCÊ**.

Esperamos poder responder algumas de suas dúvidas com relação à gestação e a tudo que envolve esse momento: sua alimentação, as mudanças do seu corpo e a chegada do seu bebê.

05

Figura 18: Páginas 4 e 5 do livro.

Estou grávida, e agora?

06

Pré-natal é o acompanhamento da gravidez realizado pela equipe de saúde.

O pré-natal adequado é a melhor maneira de promover a saúde e de prevenir problemas da mãe e do bebê. O ideal é que toda gestante comece o pré-natal assim que a gravidez seja descoberta. Quanto antes for iniciado, melhores serão os resultados.Toda gestante tem o direito de fazer, pelo menos, seis consultas durante toda a gravidez: uma no primeiro, duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação.

Todas as consultas são importantes!

Busca-se avaliar a saúde e o estado nutricional da gestante, solicitar exames de sangue, de urina, por exemplo, e além de orientar a futura mamãe em relação às vacinas e a outros exames preventivos necessários durante a gravidez.

07

Figura 19: Páginas 6 e 7 do livro.

É o peso que aumenta, o corpo que muda, uma mistura de alegria e de tristeza, de desejos, de vontade de comer, de comer demais, são os enjôos...

Ninguém sabe falar melhor sobre todas as mudanças que acontecem com a mulher durante a gravidez do que ela própria. E todas essas mudanças são naturais no período da gravidez.

Você sabia

que a maioria das mulheres fica mais sensível e emotiva durante a gravidez?

08

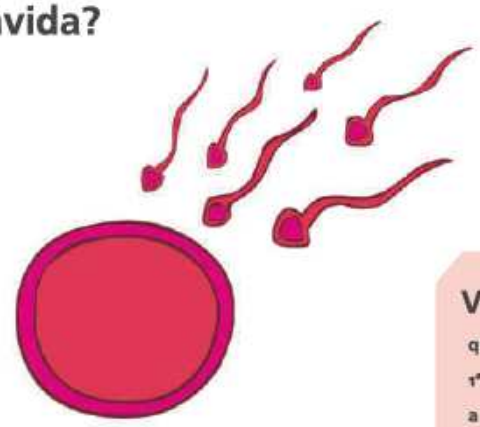
Como você ficou grávida?

1

A gestação começa com o encontro do espermatozoide do homem com o óvulo da mulher (fecundação) após a relação sexual.

2

Depois da fecundação, o organismo da mulher produz algumas substâncias (hormônios) que irão manter a gravidez até o final.

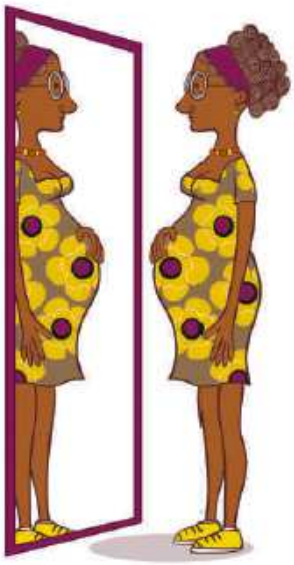


Você sabia

que, após a 1ª menstruação (menarca), a adolescente já pode engravidar?

09

Figura 20: Páginas 8 e 9 do livro.



Os dois hormônios que dominam a gravidez são a **progesterona** e o **estrogênio**.

Progesterona

Nos primeiros meses de gestação esse hormônio pode aumentar a sensação de fome e o apetite da gestante e, em consequência disso, vem o ganho de peso.

Estrogênio

É o responsável pelo escurecimento da pele, pelo surgimento de algumas manchas e, também, pelo aumento das mamas.

10

Enquanto isso, o **bebê (feto)** cresce no útero da mãe, envolvido pela placenta, que vai garantir sua nutrição, respiração e proteção até o final da gravidez.

Tudo de bom e de ruim que a gestante come e bebe passa do seu sangue para o feto, atravessando a placenta.

Assim, a mulher não pode consumir bebidas alcoólicas ou drogas durante a gravidez.

11

Figura 21: Páginas 10 e 11 do livro.

Com o passar do tempo, a barriga da gestante vai aumentando porque o feto está crescendo e o útero dela está esticando.

E, uma vez crescendo, o útero empurra a bexiga fazendo com que a gestante sinta vontade de 'fazer xixi' mais vezes e em pequenas quantidades.

12

Qual é o ganho de peso ideal na gravidez?

13

Figura 22: Páginas 12 e 13 do livro.

O ganho de peso na gravidez não é igual para todas as mulheres

O que é bom para a Maria pode não ser bom para a Joana.

O ganho de peso pode variar de **7** a **18** kg, dependendo de quanto pesava a mulher quando engravidou.

Mulheres magras devem engordar mais do que mulheres com excesso de peso ou obesas.

Dica

O ganho de peso na gestação deve ser acompanhado durante o pré-natal. Solicite ao profissional de saúde do pré-natal que, a cada consulta, anote o seu peso no cartão da gestante.

ATENÇÃO

- A gravidez não é o momento de fazer dieta para emagrecer.
- Não se recomenda perda de peso nem para mulheres obesas!

14

Então, quantos quilos a gestante deve ganhar?

Bom, vamos lá!

Se, quando você ficou grávida, o profissional de saúde avaliou que seu peso estava:

1	**ABAIXO DO ADEQUADO**	você poderá ganhar de **12,5** kg até **18** kg ao longo da gravidez;
2	**ADEQUADO**	você poderá ganhar de **11,5** kg até **16** kg ao longo da gravidez;
3	**ACIMA DO ADEQUADO**	você poderá ganhar de **7** kg a **11,5** kg ao longo da gravidez.

Dica

Pergunte ao profissional de saúde que acompanha você no pré-natal qual o peso mínimo e o máximo que você pode ganhar durante a gravidez.

ATENÇÃO

- Mulheres com obesidade poderão ganhar de **5** kg a **9** kg ao longo da gravidez.
- Todo ganho de peso deve ser gradual e ao longo dos nove meses da gravidez.

15

Figura 23: Páginas 14 e 15 do livro.

Qual a melhor alimentação para a gestante?

16

A melhor alimentação é aquela que deixa mãe e filho felizes e saudáveis! Não tem receita mágica. A magia fica por conta da variedade das cores e dos sabores dos alimentos.

Comer bem não significa gastar muito! Nada melhor do que o bom e velho arroz com feijão. Pode ser arroz branco ou vermelho, feijão preto, mulatinho ou de corda. **Você escolhe!**

Prefira os alimentos da época e da sua região. Dê preferência aos alimentos cozidos, assados ou grelhados.

Quanto mais natural e integral o alimento, mais vitaminas, minerais e fibras para você e para o seu bebê.

Caruru, jerimum, cará, umbu.
Buriti, sapoti, cajá, cupuaçu.
Nossa, que terrinha
boa e fértil pra chuchu!

17

Figura 24: Páginas 16 e 17 do livro.

Depois do parto, começo uma dieta

Também não vá sair chutando o balde, comendo de tudo e achando que agora precisa comer por dois.

Não é bem assim!

Tudo o que você fizer agora vai refletir depois na sua saúde.

18

O ideal seria que a gestante não ficasse mais de **3 horas sem se alimentar.**

Nossa, parece muito! Você logo vai imaginar:
- 'Vou comer o dia todo!'

Não é bem assim. Vai comer ao longo do dia, mas nada de exageros. Quem come muito ganha muito peso.

Você não precisa comer por dois, mas precisa se alimentar bem.

Dica

Barriga vazia dá tonteira, fraqueza e piora a azia!

19

Figura 25: Páginas 18 e 19 do livro.

Sugestão de cardápio para a **gestante**

Café da manhã

Lanche da tarde

Lanche da manhã e Lanche da Noite

Almoço e Jantar

20

Comer bem é comer de tudo um pouco,
em pequenas porções, ao **longo do dia**.

Os alimentos são divididos em grupos de acordo com os principais nutrientes que oferecem, todos fundamentais para o bom funcionamento do organismo.

Dica

Escolha um alimento de cada vez.
Não misture batata com arroz,
nem pão com macarrão.
Fique de olho na porção!

21

Figura 26: Páginas 20 e 21 do livro.

O sol nasceu, café com pão;
Se hoje deu, o leite é seu.
A hora corre, passa o dia;
Fica calma, sem fobia.
Laranja, banana ou mamão;
Só um pouco; olha a porção.
Ovo, arroz, couve e feijão;
Esse prato é sem macarrão.

Pra janta, prepara a sopa, meu bem;
Recolhe e cozinha tudo o que tem.
Tem bertalha, peixe e taperebá,
Jerimum, taioba e cará.
Alface, lentilha e angu;
O sabor é de norte a sul.

Importante!

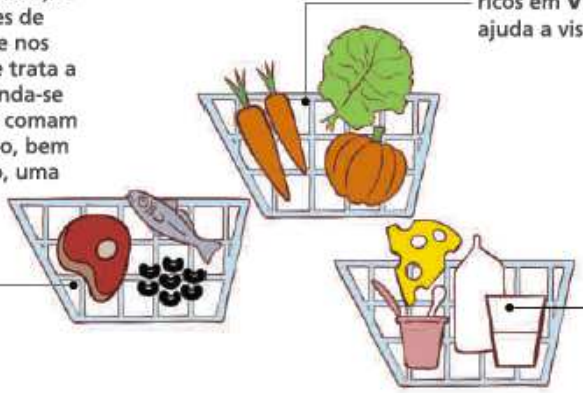
O ideal são 6 refeições por dia: café da manhã, lanche da manhã, almoço, lanche da tarde, jantar e lanche da noite!

22

Alguns nutrientes presentes nos alimentos são muito importantes **durante a gravidez**.
As gestantes devem consumir alimentos ricos em **ferro**, **vitamina A** e **cálcio**.

O **ferro**, encontrado nas carnes vermelhas,no fígado, nas carnes de aves, nos peixes e nos feijões, previne e trata a anemia. Recomenda-se que as gestantes comam um bife de fígado, bem cozido ou assado, uma vez na semana.

Alimentos vermelhos e alaranjados, como a cenoura e a abóbora, e as verduras escuras, como o espinafre e a couve, são ricos em **vitamina A** . Esse nutriente ajuda a visão e protege contra infecções.



O **cálcio**, importante para a formação dos ossos e dos dentes, está presente no leite e nos seus derivados, como o queijo, a coalhada e o iogurte, e também nas verduras como a couve,o espinafre e o agrião.

23

Figura 27: Páginas 22 e 23 do livro.

O sol nasceu, café com pão;
Se hoje deu, o leite é seu.
A hora corre, passa o dia;
Fica calma, sem fobia.
Laranja, banana ou mamão;
Só um pouco; olha a porção.
Ovo, arroz, couve e feijão;
Esse prato é sem macarrão.

Pra janta, prepara a sopa, meu bem;
Recolhe e cozinha tudo o que tem.
Tem bertalha, peixe e taperebá,
Jerimum, taioba e cará.
Alface, lentilha e angu;
O sabor é de norte a sul.

Importante!

O ideal são 6 refeições por dia: café da manhã, lanche da manhã, almoço, lanche da tarde, jantar e lanche da noite!

22

Alguns nutrientes presentes nos alimentos são muito importantes **durante a gravidez**.
As gestantes devem consumir alimentos ricos em **ferro**, **vitamina A** e **cálcio**.

O **ferro**, encontrado nas carnes vermelhas,no fígado, nas carnes de aves, nos peixes e nos feijões, previne e trata a anemia. Recomenda-se que as gestantes comam um bife de fígado, bem cozido ou assado, uma vez na semana.

Alimentos vermelhos e alaranjados, como a cenoura e a abóbora, e as verduras escuras, como o espinafre e a couve, são ricos em **vitamina A** . Esse nutriente ajuda a visão e protege contra infecções.

O **cálcio**, importante para a formação dos ossos e dos dentes, está presente no leite e nos seus derivados, como o queijo, a coalhada e o iogurte, e também nas verduras como a couve,o espinafre e o agrião.

23

Figura 28: Páginas 24 e 25 do livro.

Na gravidez, as mulheres não comem determinados alimentos com **medo de que façam mal** para o **bebê**.

Se você também acredita em ideias parecidas com essa, fique sabendo que o quê, de fato, faz mal é:

- comer alimentos sujos, mal cozidos e fora da validade;
- comer sal, gordura e açúcar em exagero;
- usar adoçantes e alimentos *diet* e *light*.

Quanto medo de comer;
parece fácil, mas não é não;
Cheia de risco e de restrição;
minha dieta vai pelo chão;
Se nascer com manchinha;
com perna torta ou carequinha;
Êpa! O que será que comi?
Foi por conta do abacaxi;
Foi o ovo ou o caranguejo,
para matar o meu desejo...
Assim, não tem jeito;
vou aguar esta criança;
Mas, para manter a esperança,
nada melhor que uma boa canja!

26

Enjôos, vômitos, azia, fraqueza, prisão de ventre e gases podem ocorrer na gravidez de **qualquer mulher** de **qualquer idade**.

Aproveite as consultas do pré-natal para contar tudo o que está sentindo para o profissional de saúde. Ele é a pessoa mais indicada para ajudar você neste momento.

27

Figura 29: Páginas 26 e 27 do livro.

A gravidez é **mais difícil**
do que eu pensava...

Você não é de ferro, nem é a mulher maravilha. Princesas só existem nos contos de fadas, e o mundo cor de rosa, definitivamente, não é o planeta Terra.

Conte as suas dificuldades e as suas dúvidas para o profissional de saúde. Ele está lá para te auxiliar, te informar e te esclarecer.

Lembre-se:

não existe dúvida 'boba', não existe pergunta 'errada'. A consulta do pré-natal é o seu espaço para fazer perguntas, tirar dúvidas, falar sobre seus sentimentos em relação à gravidez e ao parto. Então... faça uso desse espaço!

28

Todo mundo diz que
sabe **o que é melhor para mim**...

E atenção aos conselhos que recebe.

Conselhos podem **ser bons**, mas, às vezes, podem **ser prejudiciais** para a sua saúde e para a saúde do seu bebê.

Antes de experimentar um remédio, um produto de beleza ou qualquer outra novidade, a gestante deve sempre consultar o profissional de saúde que a acompanha no pré-natal.

Nada de tomar chás ou ervas milagrosas que curam tudo. Neste momento, o melhor conselho é aquele que não coloca a gestante em risco. Não existe uma fórmula mágica.

29

Figura 30: Páginas 28 e 29 do livro.

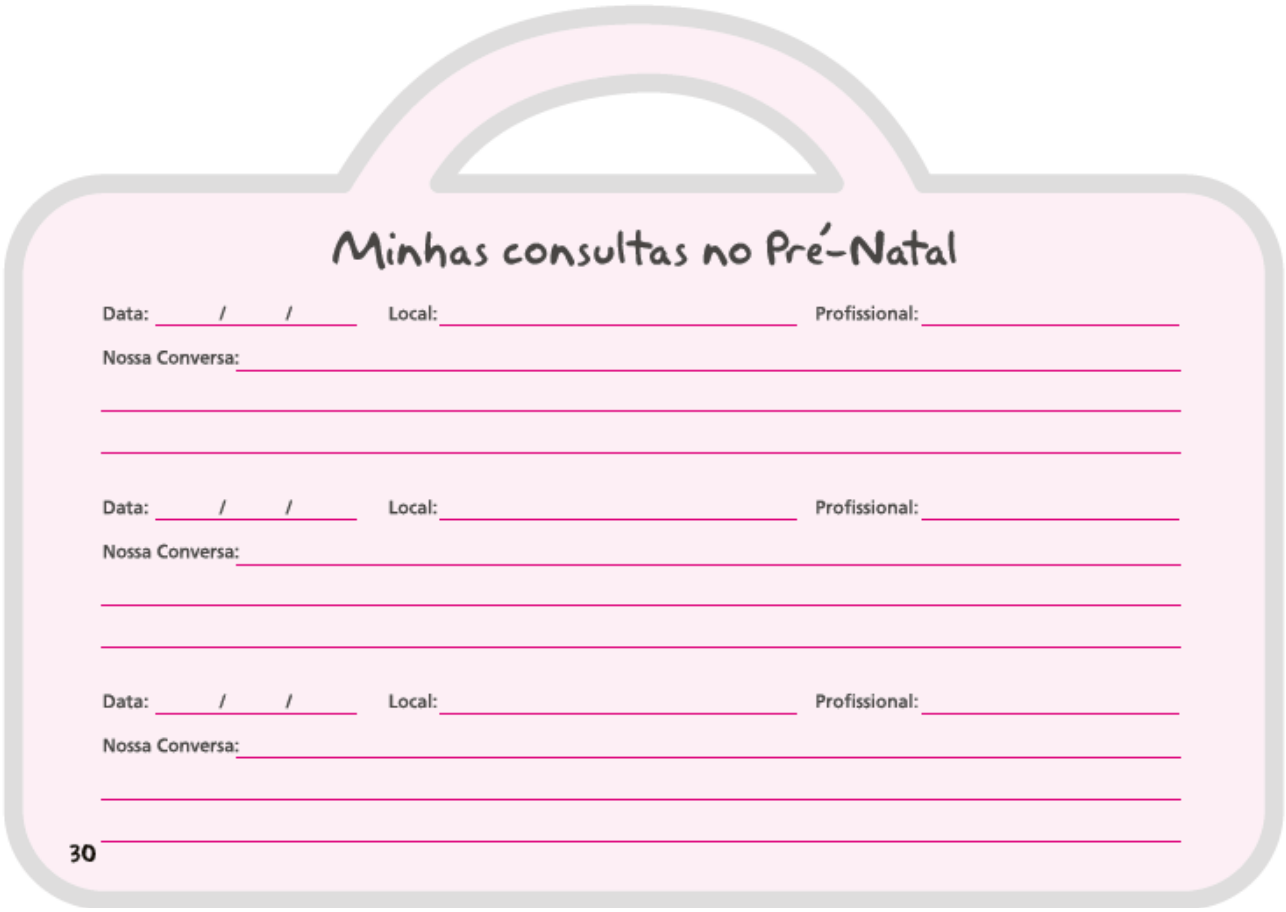


Figura 31: Páginas 30 e 31 do livro.

Figura 32: Páginas 32 e 33 do livro.

Figura 33: Páginas 34 e 35 do livro.

Figura 34: Páginas 36 e 37 do livro.

Anexo 7

Roteiro das entrevistas.

Temas:

1) Significados da gestação
2) Acolhimento da gestante
3) Acompanhamento no pré-natal
4) Integração profissional-gestante
5) Ações de alimentação e nutrição

Roteiro entrevista semiestruturada:

1) Conte a história desta sua gravidez, como foi sua reação ao saber que estava grávida? Como ficou sua vida após saber que estava grávida?
2) Como as várias mudanças que ocorrem na gravidez, lembro-me de você ter comentado que teve vontade de comer XX. Como foi esta experiência? Você lembra se aconteceu algo de diferente na sua vida nesta fase? *somente para picamalácia
3) Por quais profissionais você foi atendida na clínica durante o pré-natal? Como você era recebida/atendida pelo (s) profissional (is) que acompanhou (aram) você no PN da VV?
4) Como você se sentia durante as consultas individuais? Você fazia comentários, perguntas, falava sobre o que estava sentindo durante a consulta de PN? Você pode dar um exemplo?
5) Alguma vez ficou com alguma dúvida ou teve vergonha de fazer algum comentário, pergunta ou dizer o que estava sentindo na consulta do PN? Poderia me contar qual foi?
6) Como você ficou sabendo do grupo? Como foi marcada a consulta no grupo?
7) Como era realizado o grupo? O que achou do tempo e número de encontros? Você fazia comentários, perguntas, e falava sobre suas queixas, dúvidas, medos?
8) E no grupo, você ficou com alguma dúvida após o encontro ou teve vergonha de fazer algum comentário, pergunta ou dizer o que estava sentindo? Poderia me contar qual foi?
9) Em relação ao grupo, o que achou dele? Poderia me contar se teve algum assunto que você gostou mais ou menos? Como você se sentia participando de uma atividade com outras gestantes?
10) Em relação às orientações que você recebeu dos diferentes profissionais que te acompanharam no PN, como era colocar em prática estas orientações?
11) Poderia contar algum fato, bom ou ruim, relacionado ao atendimento do PN e do grupo, ficou na sua lembrança?
12) Como foi ter que ir a todas as consultas marcadas durante o PN?
13) Você considera que esse pré-natal foi diferente de outros que você já tenha realizado ou que alguma conhecida sua tenha feito? Por quê?
14) Com base na sua experiência recente, se você encontrasse uma gestante e pudesse dizer algo a ela, o que falaria? 1/3

Anexo 8

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Comitê de Ética em Pesquisa

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Rio de Janeiro, 28 de março de 2011.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – CEP/ENSP, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo, discriminado:

PROTOCOLO DE PESQUISA CEP/ENSP - Nº 238/10
CAAE: 0251.0.031.031-10

Título do Projeto: "Proposta de assistência nutricional pré-natal na atenção básica na área de Manguinhos"

Classificação no Fluxograma: Grupo III

Pesquisadora Responsável: Denise Cavalcante Barros

Instituição onde se realizará: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP/Fiocruz

Data de recebimento no CEP-ENSP: 20 / 12 / 2010

Data de apreciação: 16 / 02 / 2011

Parecer do CEP/ENSP: Aprovado.

Ressaltamos que a pesquisadora responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII.13.d., da resolução CNS/MS Nº 196/96*) de acordo com o modelo disponível na página do CEP/ENSP na internet.

Esclarecemos, que o CEP/ENSP deverá ser informado de quaisquer fatos relevantes (incluindo mudanças de método) que alterem o curso normal do estudo, devendo a pesquisadora justificar caso o mesmo venha a ser interrompido.

Ângela Esher
Coordenadora do
Comitê de Ética em Pesquisa
CEP/ENSP
Matr. SIAPE: 1355884

Anexo 9

Termos de Consentimento Livres e Esclarecidos

Registro:_____	Prontuário:_____
Nome:_____	
Entrevistador:_____	Data:_____/_____/_____
DPP: _____/_____/_____	PSF: _____

***TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – Observação* (gestante)**

Este documento lhe dará informações adicionais e pedirá o seu consentimento para participar de uma etapa do estudo que está sendo desenvolvido pelo Centro Colaborador em Alimentação e Nutrição – CECAN/ENSP/FIOCRUZ, Grupo de Pesquisa em Saúde Materna e Infantil – GPSMI/INJC/UFRJ e pela Clínica da Família Victor Valla/FIOCRUZ.

Esta etapa do estudo tem por objetivo descrever a rotina do pré-natal oferecida às gestantes usuárias da Clínica da Família Victor Valla/FIOCRUZ. Para tanto, sua consulta será acompanhada. Os dados coletados através da observação nos permitirão colher subsídios para a melhor compreensão da assistência pré-natal e suas repercussões na saúde da gestante.

Sua privacidade será garantida, assim como as informações obtidas através desta pesquisa serão confidenciais e o sigilo sobre sua participação estará assegurado. Não existe risco de você ser identificada, pois serão omitidos os nomes verdadeiros das pessoas observadas/entrevistadas. Os resultados do estudo serão apresentados em conjunto, em congressos ou publicações em revistas científicas, impossibilitando a identificação dos indivíduos que participaram do mesmo. As fitas gravadas e o material escrito ficarão de posse da pesquisadora responsável.

Vale esclarecer que não haverá remuneração ou recompensa de qualquer espécie decorrente de sua participação neste estudo.

O benefício relacionado à sua participação está baseado na sua colaboração para melhorar a assistência nutricional pré-natal prestada às mulheres atendidas na unidade.

Sua participação não é obrigatória. Você tem o direito de pedir outros esclarecimentos sobre a pesquisa e de se recusar a participar ou interromper a sua participação a qualquer momento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo na assistência na Unidade.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e endereço para qualquer contato com a coordenadora da pesquisa, a fim de tirar eventuais dúvidas sobre a pesquisa e sua participação.

Declaro estar ciente das informações deste Termo de Consentimento e concordo em participar desta etapa do estudo.

Rio de Janeiro,_____/_____/_____.

Participante: _____

*Coordenador da Pesquisa:*_____

Contatos com o coordenador: Tel: 2598-2916 ou 2598-2418 E-mail: barrosdc@ensp.fiocruz.br
Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Prédio Joaquim Alberto Cardoso de Melo, sala 103 - 1º andar - Manguinhos - Rio de Janeiro.

Registro:_____	Prontuário:_____
Nome:_____	
Entrevistador:_____	Data:_____/_____/_____
DPP: _____/_____/_____	PSF: _____

***TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – Observação* (profissional)**

Este documento lhe dará informações adicionais e pedirá o seu consentimento para participar de uma etapa do estudo que está sendo desenvolvido pelo Centro Colaborador em Alimentação e Nutrição – CECAN/ENSP/FIOCRUZ, Grupo de Pesquisa em Saúde Materna e Infantil – GPSMI/INJC/UFRJ e pela Clínica da Família Victor Valla/FIOCRUZ.

Esta etapa do estudo tem por objetivo descrever a rotina do pré-natal oferecida às gestantes usuárias da Clínica da Família Victor Valla/FIOCRUZ. Para tanto, sua consulta será acompanhada. Os dados coletados através da observação nos permitirão colher subsídios para a melhor compreensão da assistência pré-natal e suas repercussões na saúde da gestante. É importante ressaltar que não será atribuído juízo de valor às práticas observadas.

Sua privacidade será garantida, assim como as informações obtidas através desta pesquisa serão confidenciais e o sigilo sobre sua participação estará assegurado. Não existe risco de você ser identificado, pois serão omitidos os nomes verdadeiros das pessoas observadas/entrevistadas. Os resultados do estudo serão apresentados em conjunto, em congressos ou publicações em revistas científicas, impossibilitando a identificação dos indivíduos que participaram do mesmo. As fitas gravadas e o material escrito ficarão de posse da pesquisadora responsável.

Vale esclarecer que não haverá remuneração ou recompensa de qualquer espécie decorrente de sua participação neste estudo.

O benefício relacionado à sua participação está baseado na sua colaboração para melhorar a assistência nutricional pré-natal prestada às mulheres atendidas na unidade.

Sua participação não é obrigatória. Você tem o direito de pedir outros esclarecimentos sobre a pesquisa e de se recusar a participar ou interromper a sua participação a qualquer momento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo na assistência na Unidade.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e endereço para qualquer contato com a coordenadora da pesquisa, a fim de tirar eventuais dúvidas sobre a pesquisa e sua participação.

Declaro estar ciente das informações deste Termo de Consentimento e concordo em participar desta etapa do estudo.

Rio de Janeiro,_____/_____/_____.

Participante: _____
*Coordenador da Pesquisa:*_____

Contatos com o coordenador: Tel: 2598-2916 ou 2598-2418 E-mail: barrosdc@ensp.fiocruz.br
Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Prédio Joaquim Alberto Cardoso de Melo, sala 103 - 1º andar - Manguinhos - Rio de Janeiro.

Registro:_____	Prontuário:_____
Nome:_____	
Entrevistador:_____	Data:_____/_____/_____
DPP: _____/_____/_____	PSF: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este documento lhe dará informações e pedirá o seu consentimento para participar de uma pesquisa que está sendo desenvolvida pelo Centro Colaborador em Alimentação e Nutrição – CECAN/ENSP/FIOCRUZ, Grupo de Pesquisa em Saúde Materna e Infantil – GPSMI/INJC/UFRJ e pela Clínica da Família Victor Valla/FIOCRUZ.

O estudo pretende avaliar o efeito da assistência nutricional durante a gestação na sua saúde e nas condições ao nascer do seu filho. O objetivo final do estudo é contribuir para a elaboração de um modelo assistencial que possa contribuir para a melhoria do estado de saúde e nutrição de gestantes e de seus filhos atendidas em unidades de saúde da família.

Os procedimentos da pesquisa incluem um agendamento mínimo de 3 consultas de Nutrição ao longo do pré-natal, integradas ao calendário do atendimento da Unidade; será realizada uma avaliação nutricional, por meio de entrevista e consulta ao prontuário e você receberá uma orientação nutricional. Seu acompanhamento e do seu filho ocorrerá até doze meses após o parto, totalizando 4 encontros ao longo deste período; será realizada avaliação nutricional, por meio de entrevista e consulta ao seu prontuário e do seu filho, e vocês receberão orientação nutricional.

Esclarecemos que o risco decorrente de sua participação no estudo é mínimo, tendo em vista que os procedimentos empregados são pouco invasivos (entrevista e coleta de dados dos prontuários) e para a avaliação dos seus exames, serão considerados os exames que rotineiramente fazem parte da assistência pré-natal prestada na Unidade e são registrados nos prontuários.

Os benefícios pela sua participação são a avaliação e orientação nutricional visando à prevenção ou tratamento de problemas tais como anemia e deficiência de vitamina A, a adequação do ganho de peso durante a gestação, e orientação dietética específicas para os problemas comuns na gestação, tais como náuseas, vômitos, constipação, azia.

Informamos ainda que não há remuneração ou recompensa decorrente da sua participação do estudo.

As informações que serão coletadas serão mantidas em sigilo, não sendo divulgadas em qualquer hipótese. Os resultados do estudo serão apresentados em conjunto, em congressos ou publicações em revistas científicas, impossibilitando a identificação dos indivíduos que participaram do mesmo.

Você tem o direito de pedir outros esclarecimentos sobre a pesquisa e de se recusar a participar ou interromper a sua participação a qualquer momento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo na assistência na Unidade.

Declaro estar ciente das informações deste Termo de Consentimento e concordo em participar deste estudo.

Rio de Janeiro,_____/_____/_____.

Participante: _____
*Coordenador da Pesquisa:*_____

Contatos com o coordenador: Tel: 2598-2916 ou 2598-2418 E-mail: barrosdc@ensp.fiocruz.br
Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Prédio Joaquim Alberto Cardoso de Melo, sala 103 - 1º andar - Manguinhos - Rio de Janeiro.

Registro:_____	Prontuário:_____
Nome:_____	
Entrevistador:_____	Data:_____/_____/_____
DPP: _____/_____/_____	PSF: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – Menores de 18 anos

Este documento lhe dará informações e pedirá o seu consentimento para participar de uma pesquisa que está sendo desenvolvida pelo Centro Colaborador em Alimentação e Nutrição – CECAN/ENSP/FIOCRUZ, Grupo de Pesquisa em Saúde Materna e Infantil – GPSMI/INJC/UFRJ e pela Clínica da Família Victor Valla/FIOCRUZ.

O estudo pretende avaliar o efeito da assistência nutricional durante a gestação na sua saúde e nas condições ao nascer do seu filho. O objetivo final do estudo é contribuir para a elaboração de um modelo assistencial que possa contribuir para a melhoria do estado de saúde e nutrição de gestantes e de seus filhos atendidas em unidades de saúde da família.

Os procedimentos da pesquisa incluem um agendamento mínimo de 3 consultas de Nutrição ao longo do pré-natal, integradas ao calendário do atendimento da Unidade; será realizada uma avaliação nutricional, por meio de entrevista e consulta ao prontuário e você receberá uma orientação nutricional. Seu acompanhamento e do seu filho ocorrerá até doze meses após o parto, totalizando 4 encontros ao longo deste período; será realizada avaliação nutricional, por meio de entrevista e consulta ao seu prontuário e do seu filho, e vocês receberão orientação nutricional.

Esclarecemos que o risco decorrente de sua participação no estudo é mínimo, tendo em vista que os procedimentos empregados são pouco invasivos (entrevista e coleta de dados dos prontuários) e para a avaliação dos seus exames, serão considerados os exames que rotineiramente fazem parte da assistência pré-natal prestada na Unidade e são registrados nos prontuários.

Os benefícios pela sua participação são a avaliação e orientação nutricional visando à prevenção ou tratamento de problemas tais como anemia e deficiência de vitamina A, a adequação do ganho de peso durante a gestação, e orientação dietética específicas para os problemas comuns na gestação, tais como náuseas, vômitos, constipação, azia.

Informamos ainda que não há remuneração ou recompensa decorrente da sua participação do estudo.

As informações que serão coletadas serão mantidas em sigilo, não sendo divulgadas em qualquer hipótese. Os resultados do estudo serão apresentados em conjunto, em congressos ou publicações em revistas científicas, impossibilitando a identificação dos indivíduos que participaram do mesmo.

Você tem o direito de pedir outros esclarecimentos sobre a pesquisa e de se recusar a participar ou interromper a sua participação a qualquer momento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo na assistência na Unidade.

Declaro estar ciente das informações deste Termo de Consentimento e concordo em participar deste estudo.

Rio de Janeiro,_____/_____/_____.

Responsável: _____
*Coordenador da Pesquisa:*_____

Contatos com o coordenador: Tel: 2598-2916 ou 2598-2418 E-mail: barrosdc@ensp.fiocruz.br
Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Prédio Joaquim Alberto Cardoso de Melo, sala 103 - 1º andar - Manguinhos - Rio de Janeiro.

Registro:_____	Prontuário:_____
Nome:_____	
Entrevistador:_____	Data:_____/_____/_____
DPP: _____/_____/_____	PSF: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - Entrevista

Este documento lhe dará informações adicionais e pedirá o seu consentimento para participar de mais uma etapa do estudo que está sendo desenvolvido pelo Centro Colaborador em Alimentação e Nutrição – CECAN/ENSP/FIOCRUZ, Grupo de Pesquisa em Saúde Materna e Infantil – GPSMI/INJC/UFRJ e pela Clínica da Família Victor Valla/FIOCRUZ, do qual você já vem participando e recebendo atendimento nutricional.

Esta etapa do estudo tem por objetivo conhecer as opiniões das mulheres no período após o parto, acerca das orientações sobre alimentação e sobre a assistência pré-natal recebida na Clínica da Família Victor Valla/FIOCRUZ. Para tanto, será aplicada uma entrevista que será gravada com sua autorização e que terá duração média de 30 minutos.

Sua privacidade durante a entrevista será garantida, assim como as informações obtidas através desta pesquisa serão confidenciais e o sigilo sobre sua participação estará assegurado. Não existe risco de você ser identificada, pois embora a entrevista seja gravada, serão omitidos os nomes verdadeiros das pessoas entrevistadas. Os resultados do estudo serão apresentados em conjunto, em congressos ou publicações em revistas científicas, impossibilitando a identificação dos indivíduos que participaram do mesmo. As fitas gravadas e o material escrito ficarão de posse da pesquisadora responsável.

Vale esclarecer que não haverá remuneração ou recompensa de qualquer espécie decorrente de sua participação neste estudo.

O benefício relacionado à sua participação é: a partir de suas opiniões você estará contribuindo para melhorar a assistência nutricional pré-natal prestada às mulheres atendidas na unidade.

Sua participação não é obrigatória. Você tem o direito de pedir outros esclarecimentos sobre a pesquisa e de se recusar a participar ou interromper a sua participação a qualquer momento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo na assistência na Unidade.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e endereço para qualquer contato com a coordenadora da pesquisa, a fim de tirar eventuais dúvidas sobre a pesquisa e sua participação.

Declaro estar ciente das informações deste Termo de Consentimento e concordo em participar desta etapa do estudo.

Rio de Janeiro,_____/_____/_____.

Participante: _____
*Coordenador da Pesquisa:*_____

Contatos com o coordenador: Tel: 2598-2916 ou 2598-2418 E-mail: barrosdc@ensp.fiocruz.br
Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Prédio Joaquim Alberto Cardoso de Melo, sala 103 - 1º andar - Manguinhos - Rio de Janeiro.