

A orientação dietética e a qualidade da assistência pré-natal

A dietary counseling program and the quality of a prenatal care service

Editorial

Introdução

Desde 1999, a Organização Mundial da Saúde¹ reconhece que a inadequação do estado nutricional materno é fator agravante das causas de mortalidade materna, e a intervenção nutricional é recomendada para a redução dessa mortalidade. Embora alguns estudos apontem o impacto da intervenção nutricional na melhoria do resultado perinatal, no Brasil, a assistência nutricional pré-natal é considerada importante para casos de alto risco, mas ainda não é sistematizada nos manuais de pré-natal vigentes^{2,3}. Para tanto, é necessário: o detalhamento do número de consultas e intervalo entre elas com o nutricionista; a definição da idade gestacional para o início do acompanhamento nutricional, bem como os critérios de encaminhamento para o nutricionista; a definição da avaliação nutricional baseada em diversos indicadores, além da avaliação antropométrica que classifique as gestantes segundo o risco nutricional e as rotinas de intervenção nutricional para pacientes de baixo e alto risco⁴.

O artigo de Vítole et al.⁵, publicado neste fascículo, apresenta proposta de intervenção nutricional testada em gestantes adultas e adolescentes atendidas em uma unidade de saúde referência, localizada na região Sul do Brasil. O estudo é bem conduzido e, para testar o impacto do programa de orientação dietética, foram selecionados dois grupos de gestantes com características semelhantes. Quanto à característica idade materna, diversos estudos evidenciam maior vulnerabilidade das adolescentes em comparação com as adultas em relação aos seguintes desfechos: baixo peso ao nascer, parto prematuro, mortalidade perinatal e inadequação do ganho de peso gestacional total⁶⁻⁸. Para minimizar a influência de tal característica na análise dos dados, acredita-se que um estudo realizado somente com adolescentes poderia ser bastante elucidador, ou o emprego de análise estatística por meio da análise multivariada, na qual a influência dessa e de outras variáveis intervenientes fosse controlada.

Outro aspecto a ser destacado do artigo nos remete a um importante e frequente dilema sobre os padrões de cuidado oferecidos pelas pesquisas sob o ponto de vista da ética biomédica. Existe um amplo debate sobre a definição do que constitui um Grupo Controle adequado para um estudo biomédico.

Correspondência:

Cláudia Saunders
Instituto de Nutrição Josué de Castro, Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
Av. Carlos Chagas Filho, 373, bloco J, 2º andar, sala 26 –
Cidade Universitária – CEP 21941-590 –
Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
E-mail: claudiasaunders@nutricao.ufrj.br /
claudiasaunders@osite.com.br

Grupo de Pesquisa em Saúde Materna e Infantil do Núcleo de Pesquisa em Micronutrientes do Instituto de Nutrição Josué de Castro da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

¹ Professor Adjunto do Instituto de Nutrição Josué de Castro da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

² Professor Assistente do Instituto de Nutrição Josué de Castro da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

³ Nutricionista do Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Recebido

17/1/2011

Aceito com modificações

31/1/2011

Dada a existência de evidências científicas que apontam a inadequação do estado nutricional materno como fator de risco modificável e passível de controle por meio de intervenções nutricionais efetivas, os aspectos éticos, especificamente o princípio da beneficência⁹, parece não ter sido atendido quando da alocação aleatória de gestantes em grupos intervenção (submetidas à orientação nutricional) e controle (apenas com acompanhamento). Nesse caso, a alternativa seria a utilização do grupo de comparação de outra natureza, como o controle histórico ou externo, no qual o Grupo Controle não receberia a intervenção pelo fato de ter sido criado anteriormente ao início do estudo¹⁰. Embora tenha suas limitações e não seja considerado padrão-ouro, assim como o estudo ensaio clínico randomizado, esse desenho de estudo tem sido adotado por vários pesquisadores, e os resultados têm sido válidos. O argumento dos autores do artigo em questão para o uso de Grupo Controle foi o de que, dessa forma, as gestantes estariam recebendo o padrão de assistência local.

Intervenção Nutricional

Em estudos de intervenção, a riqueza de detalhes é de grande valia para a reprodução do estudo em outros grupos, além de permitir a implementação das recomendações do estudo, assim como a prática baseada em evidências. Com isso, a atenção nutricional empregada no grupo intervenção merece ser mais detalhada. Com relação à estrutura e ao conteúdo do texto, destacamos alguns aspectos. Na seção “Métodos”, as autoras informam que “as gestantes randomizadas para o grupo intervenção receberam orientações dietéticas na primeira entrevista, resumidas em oito a dez comportamentos alimentares, com o objetivo de ajustar a velocidade de ganho de peso e melhorar a qualidade da alimentação”. Acreditamos que o emprego do termo “comportamentos alimentares”, expressando o sentido de condutas e regras alimentares, tem a pretensão de que as orientações oferecidas funcionem como meio de condicionar as gestantes para alterarem suas escolhas alimentares, de modo a incorporarem as normas transmitidas. Em geral, no cotidiano dos serviços de saúde, os profissionais ainda reproduzem o reducionismo que toma os usuários como reprodutores passivos de regras e normas pré-determinadas que a eles são impostas.

Destacamos, ainda, que o artigo não nos esclarece quanto ao número de encontros das gestantes do grupo intervenção com o nutricionista. É importante ressaltar que um dos princípios da humanização na atenção à saúde volta-se para a necessidade da criação de vínculo, de uma relação de confiança entre profissional/equipe de saúde e usuário. A produção do vínculo favorece maior adesão dos usuários aos itinerários terapêuticos, exatamente por promover a participação de ambos os sujeitos (profissional e usuário) em sua construção (compartilhada)¹⁰.

Nesse sentido, observamos que a proposta de intervenção nutricional apresentada no artigo não vislumbra o rompimento da lógica normativa, mantendo a supremacia da dominação do saber técnico sobre a condição da gestante de se assumir como sujeito, autônomo, e não como objeto das ações de nutrição. Talvez por isso a intervenção não tenha sido capaz de produzir impacto no estado nutricional das gestantes assistidas.

Rodrigues et al.¹¹ identificaram diferentes fatores determinantes do ganho de peso gestacional insuficiente e excessivo, reconhecendo que estes podem ser identificados no início da gestação e têm interface com o resultado obstétrico inadequado. Tal achado reforça a importância do início precoce da assistência nutricional pré-natal. Uma revisão sistemática sobre intervenções durante a gestação com o objetivo de reduzir o ganho de peso excessivo na gestação relata a qualidade insuficiente dos estudos, o que dificulta a sugestão de recomendações baseadas em evidência³. Entretanto, Guelinckx et al.¹² concluem que a mudança de estilo de vida melhorou os hábitos alimentares de gestantes obesas, apesar de não influenciar no ganho ponderal das gestantes e no nível de atividade física. Em estudo realizado com gestantes no Rio de Janeiro, verificou-se melhora da adequação do ganho de peso gestacional total, associada com a melhor adesão às orientações prestadas na consulta com o nutricionista, ou seja, com a aplicação dos princípios do aconselhamento dietético¹³.

Avaliação antropométrica de gestantes

Outra questão relevante que não pode ser esquecida em estudos realizados com avaliação antropométrica de gestantes é a análise crítica e a validação dos métodos adotados para tal avaliação. Tal questão é de fundamental importância, pois sabe-se que a avaliação antropométrica de gestantes define a intervenção a ser empregada pela equipe de saúde do pré-natal e direciona a paciente ao cuidado mais especializado. Os métodos adotados no estudo em questão são: as propostas do Institute of Medicine (IOM)¹⁴, dos Estados Unidos, e a curva do índice de massa corporal (IMC) segundo a idade gestacional^{12,15}.

A primeira é baseada em publicação original de 1990¹⁶, revisada em 1992, e apresenta faixas de ganho de peso conforme o IMC pré-gestacional. Em 2009¹⁴, o comitê de *experts* do IOM revisou e reduziu a faixa de ganho de peso para as gestantes com IMC pré-gestacional de obesidade; adotou os pontos de corte de IMC pré-gestacional sugeridos pela Organização Mundial da Saúde (OMS)¹⁷; e alterou as faixas de ganho de peso semanal para cada categoria de gestantes conforme o IMC pré-gestacional. Passou também a recomendar que o ganho de peso semanal e total não fosse

diferenciado para as gestantes com estatura inferior a 157 cm, até então consideradas como de baixa estatura, e sugeriu, ainda, que os mesmos procedimentos de avaliação nutricional das adultas fossem adotados para as adolescentes. A proposta do IOM vem sendo recomendada pelo Ministério da Saúde para uso no Brasil desde 2004, e foi validada para gestantes adultas atendidas em unidade de saúde do Rio de Janeiro, segundo o desfecho baixo peso ao nascer¹⁸. Contudo, a proposta recentemente publicada pelo comitê IOM¹⁴ ainda carece de validação para a população brasileira.

A segunda proposta adotada no presente estudo é a de Atalah Samur et al.¹⁵, que permite a avaliação nutricional de gestantes das quais não se conhece o peso pré-gestacional pelo emprego da avaliação do IMC segundo a idade gestacional. Em estudos nos quais se testou a validade do padrão para os desfechos obstétricos de gestantes brasileiras, verificou-se que o método não é adequado para identificar corretamente gestantes com risco de baixo peso ao nascer¹⁹. Face ao exposto, em relação ao método de Atalah Samur et al.¹⁵, questiona-se se este seria o melhor para ser adotado no presente estudo.

Análise dos dados

A anemia e a deficiência de vitamina A (DVA) na gestação são importantes intercorrências gestacionais, com prevalência significativa dentre as mulheres brasileiras, segundo os dados da última Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher²⁰. A anemia acomete 29,4% das mulheres, e a DVA foi diagnosticada em 12,3% das pacientes.

Em estudo realizado no Rio de Janeiro, verificou-se que a intervenção nutricional, incluindo: um número mínimo de quatro consultas com o nutricionista ao longo da gestação; diagnóstico da DVA a partir do indicador cegueira noturna; e orientações nutricionais específicas para prevenção e tratamento da DVA, foram eficazes para a redução significativa dos casos²¹.

Tendo em vista o impacto das duas carências nutricionais em questão, seria interessante um comentário ou estudo posterior sobre a experiência dos autores com o diagnóstico, além do impacto da intervenção nas gestantes da região Sul do país. Apresentam-se resultados acerca das intercorrências gestacionais diagnosticadas nas gestantes de cada grupo de estudo, bem como a comparação do ganho de peso para as gestantes que desenvolveram, por exemplo, diabetes gestacional e síndromes hipertensivas da gravidez, que são as intercorrências mais prevalentes dentre as mulheres com desvio ponderal pré-gestacional ou gestacional^{22,23}.

Face ao exposto, acredita-se que estudos de intervenção nutricional desenvolvidos com mulheres em idade fértil, ao longo da gestação e no puerpério, possam subsidiar a construção de uma assistência nutricional pré-natal de qualidade e com rotinas preventivas de baixo custo, que possam melhorar a saúde materna e, com isso, contribuir para a melhoria da saúde do conceito e do adulto.

A resposta dos autores encontra-se em “Carta ao Editor”, página 58.

Referências

1. Organización Mundial de la Salud. Reducción de la mortalidad materna. Declaración conjunta OMS/FNUAP/UNICEF/Banco Mundial. Clasificación NLM:HB 1322.5. Ginebra: OMS;1999.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Pré-natal e puerpério: Atenção qualificada e humanizada. Manual Técnico. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Gestação de alto risco. Manual técnico [Série A. Normas e Manuais Técnicos]. 5ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010.
4. Saunders C, Bessa TCA, Padilha PC. Assistência nutricional pré-natal. In: Accioly E, Saunders C, Lacerda EMA, editores. Nutrição em obstetria e pediatria. 2ª ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica/Guanabara Koogan; 2010. p. 103-25.
5. 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.
6. Barbas DS, Costa AJL, Luiz RR, Kale PL. Determinantes do peso insuficiente e do baixo peso ao nascer na cidade do Rio de Janeiro, Brasil, 2001. Epidemiol Serv Saúde. 2009;18(2):161-70.
7. Chen XK, Wen SW, Fleming N, Demissie K, Rhoads GG, Walker M. Teenage pregnancy and adverse birth outcomes: a large population based retrospective cohort study. Int J Epidemiol. 2007;36(2):368-73.
8. Santos GHN, Martins MG, Sousa MS. Gravidez na adolescência e fatores associados com baixo peso ao nascer. Rev Bras Ginecol Obstet. 2008;30(5):224-31.
9. Brasil. 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.
10. Cecílio LCO, Matsumoto NF. Uma taxonomia operacional de necessidades de saúde. In: Pinheiro R, Ferla AA, Mattos RA, organizadores. Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde. Rio de Janeiro: CEPSC/IMS/UERJ/EDUCS; 2006.

11. Rodrigues PL, Lacerda EM, Schlüssel MM, Spyrides MH, Kac G. Determinants of weight gain in pregnant women attending a public prenatal care facility in Rio de Janeiro, Brazil: a prospective study, 2005-2007. *Cad Saúde Pública*. 2008;24 Suppl 2:S272-S284.
12. Guelinckx I, Devlieger R, Mullie P, Vansant G. Effect of lifestyle intervention on dietary habits, physical activity, and gestational weight gain in obese pregnant women: a randomized controlled trial. *Am J Clin Nutr*. 2010;91(2):373-80.
13. Della Líbera B, Baião MR, Santos MS, 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.
14. Rasmussen KM, Yaktine AL, editors; Committee to Reexamine IOM Pregnancy Weight Guidelines, Food and Nutrition Board and Board on Children, Youth, and Families Institute of Medicine [Internet]. Weight gain during pregnancy: reexamining the guidelines. Washington, DC: Institute of Medicine. National Research Council; 2009 [cited 2009 Jul 24]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK32813/pdf/TOC.pdf>
15. Atalah Samur E, Castillo C, Castro Santoro R, Aldea A. Propuesta de un nuevo estándar de evaluación nutricional en embarazadas. *Rev Méd Chile*. 1997;125(12): 1429-36.
16. Institute of Medicine. Nutrition during Pregnancy: Part I: Weight Gain, Part II: Nutrient Supplements. Washington, DC: National Academy Press; 1990.
17. World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva: WHO; 1995.
18. Padilha PC, Accioly E, Veiga GV, Bessa TC, Libera BL, Nogueira JL, et al. The performance of various anthropometric assessment methods for predicting low birth weight in pregnant women. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2009;9(2):197-206.
19. Kac G, Nucci LB, Spyrides MH, Duncan BB, Schmidt MI. Evaluation of the ability of a Latin-American gestational weight curve to predict adverse pregnancy outcomes. *Int J Gynaecol Obstet*. 2009;106(3):223-6.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS 2006). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008.
21. Chagas CB, Ramalho A, Padilha PC, Líbera BD, Saunders C. Reducción de avitaminosis A y anemia en embarazo después de la implementación de propuesta de asistencia nutricional prenatal. *Nutr Hosp*. In press 2011.
22. Nucci LB, Schmidt MI, Duncan BB, Fuchs SC, Fleck ET, Santos Britto MM. Nutritional status of pregnant women: prevalence and associated pregnancy outcomes. *Rev Saúde Pública*. 2001;35(6):502-7.
23. Padilha PC, Saunders C, Machado RCM, Silva CL, Bull A, Sally EOF, et al. Associação entre o estado nutricional pré-gestacional e a predição do risco de intercorrências gestacionais. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2007;29(10):511-8.