

Cuidado nutricional na gestação

Andressa Freire Salviano



Perguntas norteadoras

- O que avaliar no planejamento das necessidades nutricionais da gestante?
- Quais as recomendações nutricionais para o período gestacional?
- Quais as orientações nutricionais para o período gestacional?
- Como realizar o manejo nutricional de sintomas gastrointestinais que podem ser mais comuns na gravidez?
- Quais as recomendações de suplementação nutricional na gravidez?

Cuidado nutricional

Por que o cuidado nutricional é importante nesse período?



Cuidado nutricional

Avaliação nutricional

Planejamento das necessidades
nutricionais

Orientação nutricional



Avaliação nutricional

Avaliação nutricional

Objetivos

- Estabelecer o estado nutricional da gestante (antes e durante a gestação);
- Identificar fatores de risco;
- Possibilitar a interferência durante o PN, objetivando corrigir tais fatores;
- Planejar e executar educação alimentar e nutricional, visando melhorar as condições para o parto e as condições de lactação.

Avaliação nutricional

SEMPRE !



Avaliação nutricional

Avaliação psicossocial e econômica

- Escolaridade
- Renda
- Contexto emocional
- Contexto familiar

Avaliação psicossocial e econômica

- Exame clínico
- Antecedentes obstétricos
- Doenças maternas
- Carências nutricionais

Avaliação nutricional

Avaliação bioquímica

Mudanças nos parâmetros laboratoriais!

Importante acompanhar!

Quadro 12 – Roteiro para a solicitação de exames no pré-natal de baixo risco

Período	Exames
1ª consulta ou 1º trimestre	Hemograma Tipagem sanguínea e fator Rh Coombs indireto (se for Rh negativo) <u>Glicemia em jejum</u> Teste rápido de triagem para sífilis e/ou VDRL/RPR Teste rápido diagnóstico anti-HIV Anti-HIV Toxoplasmose IgM e IgG Sorologia para hepatite B (HbsAg) Urocultura + urina tipo I (sumário de urina – SU, EQU) Ultrassonografia obstétrica Citopatológico de colo de útero (se for necessário) Exame da secreção vaginal (se houver indicação clínica) Parasitológico de fezes (se houver indicação clínica)
2º trimestre	Teste de tolerância para glicose com 75g, se a glicemia estiver acima de 85mg/dl ou se houver fator de risco (realize este exame <u>preferencialmente entre a 24ª e a 28ª semana</u>) Coombs indireto (se for Rh negativo)
3º trimestre	Hemograma <u>Glicemia em jejum</u> Coombs indireto (se for Rh negativo) VDRL Anti-HIV Sorologia para hepatite B (HbsAg) Repita o exame de toxoplasmose se o IgG não for reagente Urocultura + urina tipo I (sumário de urina – SU) Bacterioscopia de secreção vaginal (a partir de 37 semanas de gestação)

Fonte: Brasil, 2005e.



CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS

RESOLUÇÃO CFN Nº 306, DE 24 DE MARÇO DE 2003

Nutricionista pode solicitar exames

Dispõe sobre solicitação de exames laboratoriais na área de Nutrição Clínica, revoga a Resolução CFN nº 236, de 2000 e dá outras providências.

RESOLVE:

Art. 1º Compete ao nutricionista a solicitação de exames laboratoriais necessários à avaliação, à prescrição e à evolução nutricional do cliente/paciente.

Art. 2º O nutricionista, ao solicitar exames laboratoriais, deve avaliar adequadamente os critérios técnicos e científicos de sua conduta, estando ciente de sua responsabilidade frente aos questionamentos técnicos decorrentes.

Parágrafo único. No contexto da responsabilidade que decorre do disposto no *caput* deste artigo, o nutricionista deverá:

- I. considerar o cliente-paciente globalmente, respeitando suas condições clínicas, individuais, sócio-econômicas e religiosas, desenvolvendo a assistência integrada junto à equipe multiprofissional;
- II. considerar diagnósticos, laudos e pareceres dos demais membros da equipe multiprofissional, definindo com estes, sempre que pertinente, outros exames laboratoriais;
- III. atuar considerando o cliente-paciente globalmente, desenvolvendo a assistência integrada à equipe multidisciplinar;
- IV. respeitar os princípios da bioética;
- V. solicitar exames laboratoriais cujos métodos e técnicas tenham sido aprovados cientificamente.

Art. 3º Os casos omissos serão resolvidos pelo Conselho Federal de Nutricionistas.

Art. 4º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se a [Resolução CFN nº 236, de 17 de março de 2000](#).

ROSANE MARIA NASCIMENTO DA SILVA
Presidente do Conselho

https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/resolucoes/Res_306_2003.htm



CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS

RESOLUÇÃO CFN Nº 417, DE 18 DE MARÇO DE 2008

Dispõe sobre procedimentos nutricionais para atuação dos nutricionistas e dá outras providências.

O Conselho Federal de Nutricionistas, no exercício das competências previstas na [Lei nº 6.583, de 20 de outubro de 1978](#), no [Decreto nº 84.444, de 30 de janeiro de 1980](#) e no Regimento Interno aprovado pela [Resolução CFN nº 320, de 2 de dezembro de 2003](#), e ouvidos os Conselhos Regionais de Nutricionistas na 71ª Reunião Conjunta CFN/CRN, realizada no dia 13 de março de 2008 e deliberado na 192ª Reunião Plenária, Ordinária do CFN, esta realizada nos dias 12 e 14 de março de 2008; e

Considerando:

Que competem aos Conselhos Federal e Regionais de Nutricionistas orientar, disciplinar e fiscalizar o exercício da profissão;

Que compete ao nutricionista, enquanto profissional de saúde, conforme o art. 1º da [Lei nº 8.234, de 17 de setembro de 1991](#), zelar pela preservação, promoção e recuperação da saúde;

Os objetivos, os campos de atuação e o princípio da integralidade na atenção à saúde, do Sistema Único de Saúde (SUS), previstos na [Lei nº 8.080/1980](#);

O compromisso profissional, legal e ético na assistência à saúde por parte do nutricionista, e a sua responsabilidade em impedir e evitar infrações à legislação sanitária;

As atividades privativas e também atribuídas aos nutricionistas, definidas nos artigos 3º e 4º da [Lei nº 8.234, de 17 de setembro de 1991](#);

A Resolução do CFN que dispõe sobre a definição da área de atuação do nutricionista e suas atribuições e estabelece parâmetros numéricos de referência por área de atuação;

As normas de conduta para o exercício da profissão de nutricionista que constam no Código de Ética Profissional;

A [Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998](#), que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde; e A Resolução Normativa da ANS, que atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;

07.008	Avaliação Antropométrica: é a obtenção e análise de indicadores aferidos diretamente no indivíduo por meio de medidas, tais como circunferências, pregas cutâneas, peso, e suas relações com altura e idade.
07.009	Avaliação de Parâmetros Bioquímicos: solicitação e /ou avaliação de exames laboratoriais complementares necessários à atenção dietética e nutricional.
07.010	Avaliação da Composição Corporal por Bioimpedância: utilização de equipamento eletrônico para determinação de composição corporal em percentual de massa magra, gordura e água.
07.011	Avaliação Nutricional Subjetiva Global: é o método clínico de avaliação do estado nutricional, que considera as alterações da composição corporal e funcional do cliente/paciente ou usuário, identificando os indivíduos que apresentam maiores riscos de sofrerem complicações, utilizando-se a história clínica e o exame físico.
07.012	Avaliação de Gasto Energético por Calorimetria Indireta: utilização de equipamento para medição do VO2 máximo, com inferência para avaliação de gasto energético de um indivíduo.
07.013	Avaliação Nutricional do Paciente em Terapia Nutricional Enteral (TNE) e/ou Parenteral (TNP): realização de avaliação nutricional com objetivo de adequar a formulação da nutrição enteral e/ou parenteral à evolução do estado fisiopatológico do paciente e respectivamente à via de infusão da dieta (ex.: via oral, via sonda nasogástrica, nasoentérica, por ostomias dentre outras).

Avaliação nutricional

**Avaliação do
consumo
alimentar**

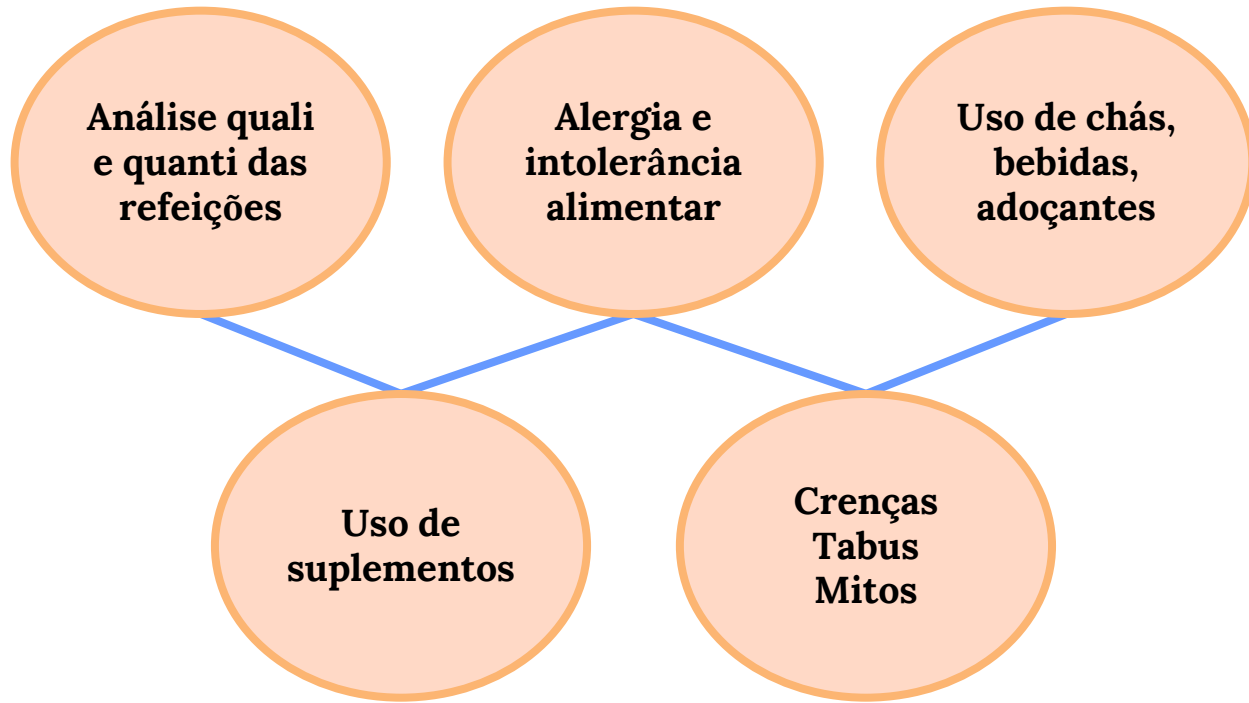
**Análise quali
e quanti das
refeições**

**Alergia e
intolerância
alimentar**

**Uso de chás,
bebidas,
adoçantes**

**Uso de
suplementos**

**Crenças
Tabus
Mitos**



Avaliação nutricional

Marcadores do consumo alimentar, MS, 2015

Orientações para Avaliação de
MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR
na Atenção Básica

CRIANÇAS COM 2 ANOS OU MAIS,** ADOLESCENTES, ADULTOS, GESTANTES E IDOSOS	Você tem costume de realizar as refeições assistindo TV, mexendo no computador e/ou celular?	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Quais refeições você faz ao longo do dia?	<input type="checkbox"/> Café da manhã	<input type="checkbox"/> Lanche da manhã	<input type="checkbox"/> Almoço	<input type="checkbox"/> Lanche da tarde	<input type="checkbox"/> Jantar	<input type="checkbox"/> Ceia
	<i>Ontem, você consumiu:</i>						
	Feijão	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Frutas Frescas (não considerar suco de frutas)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Verduras e/ou legumes (não considerar batata, mandioca, aipim, macaxeira, cará e inhame)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe				

**Métodos de avaliação
do consumo alimentar**

- Recordatório alimentar 24h
- Diário alimentar
- Questionário de frequência alimentar

Avaliação nutricional

Avaliação antropométrica

Pré-gestacional

- Orienta o ganho de peso total recomendado na gravidez

Gestacional

- Orienta a evolução do ganho de peso

Avaliação nutricional

Avaliação pré-gravídica

IMC pré-gestacional



Peso PG referido

OU

Peso até a 13ª SG

OU

Peso da 1ª consulta de PN

Estado Nutricional Inicial (IMC)	Recomendação de ganho de peso (kg) total no 1º trimestre	Recomendação de ganho de peso (kg) semanal médio no 2º e 3º trimestres	Recomendação de ganho de peso (kg) total na gestação
Baixo Peso (BP)	2,3	0,5	12,5-18,0
Adequado (A)	1,6	0,4	11,5-16,0
Sobrepeso (S)	0,9	0,3	7,0-11,5
Obesidade (O)	-	0,3	7,0

Avaliação nutricional

Avaliação pré-gravídica

IMC pré-gestacional



ADOLESCENTE

Estado Nutricional inicial	Ganho de peso total no 1º trimestre	Ganho de peso semanal médio no 2º e 3º trimestre	Ganho de peso total na gestação
Curvas da OMS para IMC/I			
Baixo Peso IMC < P3	2,3	0,5	12,5 – 18,0
Adequado P3 ≤ IMC < P85	1,6	0,4	11,5 – 16,0
Sobrepeso P85 ≤ IMC < P95	0,9	0,3	7,0 – 11,5
Obesidade IMC > P95	-	0,3	7,0 – 9,1

FONTE: IOM, 1992 adaptado. Utilizado pelo SISVAN.

(ACCIOLY et al., 2009)

Avaliação nutricional

Avaliação pré-gravídica

IMC pré-gestacional



GEMELARES

A Tabela 1 descreve o ganho de peso semanal e total para gestação gemelar adulta e adolescente, segundo IMC pré-gestacional (para gestação de 2 fetos).

Tabela 1. Ganho de peso semanal e total de acordo com o estado nutricional para gestação gemelar adulta e adolescente.

Estado nutricional inicial (IMC kg/m ²)	Ganho de peso (kg) semanal			Ganho de peso total (kg)
	0-20 sem	20 - 28 sem	28 sem ao parto	
Baixo peso	0,560 - 0,790	0,680 - 0,790	0,560	22,5 - 27,9
Adequado	0,450 - 0,680	0,560 - 0,790	0,450	18 - 24,3
Sobrepeso	0,450 - 0,560	0,450 - 0,680	0,450	17,1 - 21,2
Obesidade	0,340 - 0,450	0,340 - 0,560	0,340	13 - 17,1

Fonte: Luke²; Organização Mundial da Saúde⁹

Avaliação nutricional

Avaliação na gestação

Curva de IMC para gestantes

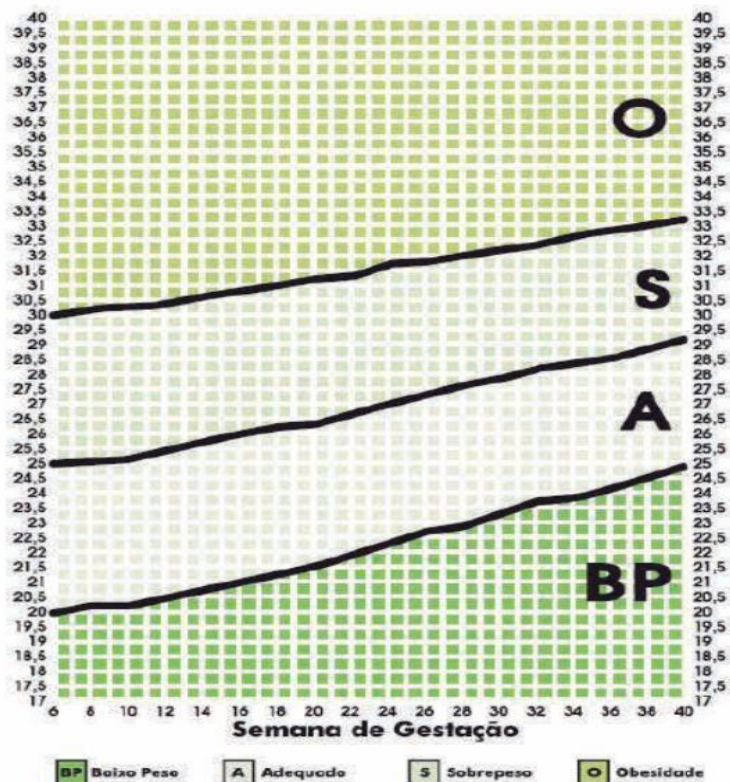
- Calcular a idade gestacional (todas as consultas);
- Medir a altura (1ª consulta pré-natal);
- Peso (todas as consultas);

Adolescentes

Aferir a altura em todas as consultas.

Gráfico 4 – Gráfico de acompanhamento nutricional da gestante:

Índice de Massa Corporal segundo a semana de gestação



Fonte: Adaptado de: Atalah Samur E, Castillo L C, Castro Santoro R, Aldea P A. Propuesta de un nuevo estándar de evaluación nutricional en embarazadas. *Rev Med Chile* 1997;125 (12):1429-36.

Fonte: (INSTITUTE..., 1990; WHO, 1995b).

Tabela 1 – Avaliação do estado nutricional da gestante segundo o índice de massa corporal por semana gestacional

Semana gestacional	Baixo peso: IMC menor do que	Adequado: IMC entre	Sobrepeso: IMC entre	Obesidade: IMC maior do que
6	19,9	20,0 – 24,9	25,0 – 30,0	30,1
7	20,0	20,1 – 25,0	25,1 – 30,1	30,2
8	20,1	20,2 – 25,0	25,1 – 30,1	30,2
9	20,2	20,3 – 25,2	25,3 – 30,2	30,3
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
14	20,7	20,8 – 25,7	25,8 – 30,5	30,6
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	26,1 – 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	23,6	23,7 – 28,0	28,1 – 32,3	32,4
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: (ATALAH et al., 1997, p. 1429-1436).

International Gestational Weight Gain Standards for Women with Normal BMI



Weight Gain (kg)

INTERGROWTH-21st

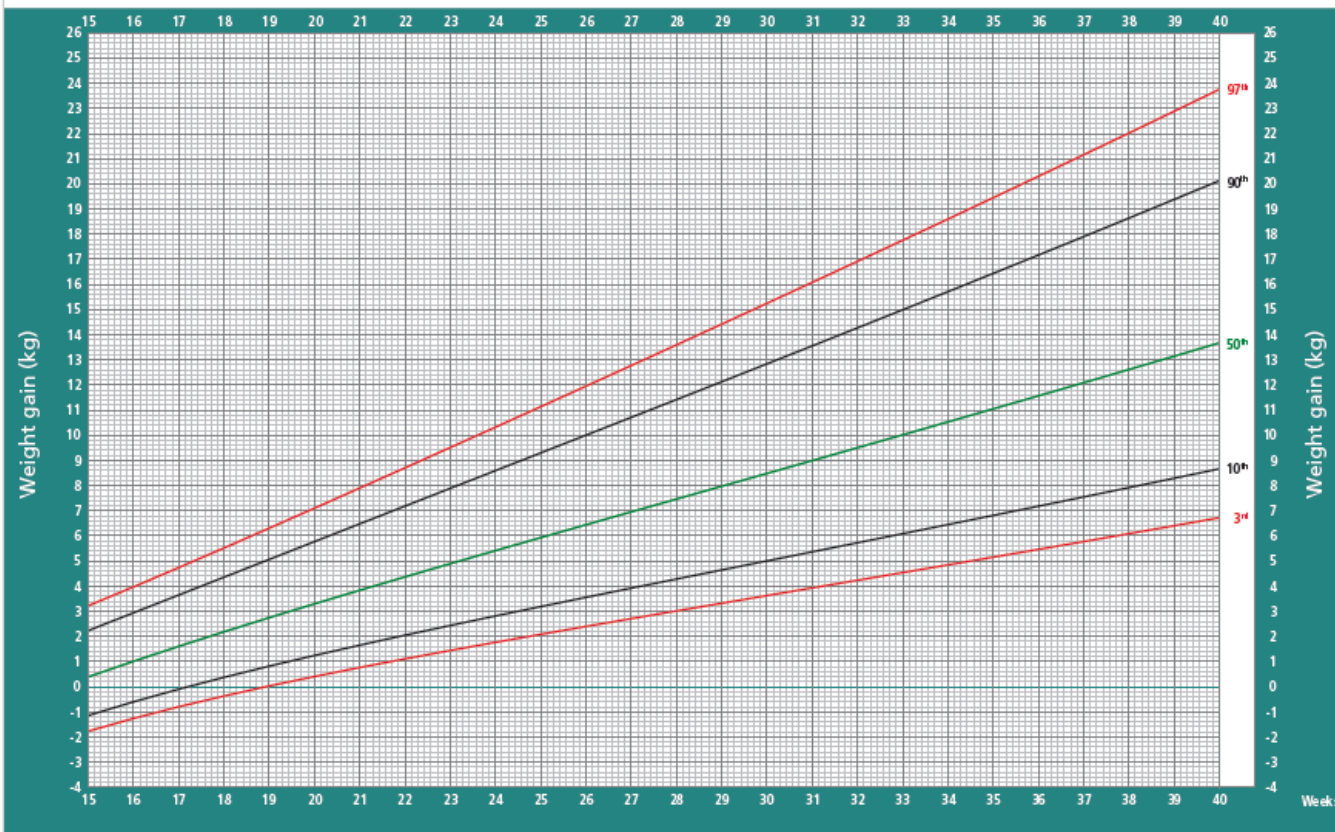


**Novas curvas
Intergrowth**

Gestational age (exact weeks)	Centiles						
	3 rd	5 th	10 th	50 th	90 th	95 th	97 th
14	-2.3	-2.1	-1.7	-0.3	1.5	2.1	2.5
15	-1.8	-1.5	-1.1	0.4	2.2	2.8	3.2
16	-1.3	-1.0	-0.6	1.0	2.9	3.6	4.0
17	-0.8	-0.5	-0.1	1.6	3.7	4.3	4.7
18	-0.4	-0.1	0.4	2.2	4.4	5.0	5.5
19	0.0	0.3	0.8	2.8	5.1	5.8	6.3
20	0.4	0.7	1.2	3.3	5.8	6.6	7.1
21	0.8	1.1	1.7	3.8	6.5	7.3	7.9
22	1.1	1.5	2.1	4.4	7.2	8.1	8.7
23	1.4	1.8	2.4	4.9	7.9	8.9	9.5
24	1.8	2.2	2.8	5.4	8.6	9.6	10.3
25	2.1	2.5	3.2	5.9	9.3	10.4	11.2
26	2.4	2.9	3.6	6.5	10.0	11.2	12.0
27	2.7	3.2	3.9	7.0	10.7	11.9	12.8
28	3.0	3.5	4.3	7.5	11.4	12.7	13.6
29	3.3	3.8	4.7	8.0	12.1	13.5	14.4
30	3.6	4.2	5.0	8.5	12.9	14.3	15.3
31	3.9	4.5	5.4	9.0	13.6	15.1	16.1
32	4.2	4.8	5.7	9.5	14.3	15.8	16.9
33	4.5	5.1	6.1	10.0	15.0	16.6	17.8
34	4.9	5.5	6.5	10.5	15.7	17.4	18.6
35	5.2	5.8	6.8	11.1	16.5	18.2	19.5
36	5.5	6.1	7.2	11.6	17.2	19.0	20.3
37	5.8	6.5	7.6	12.1	17.9	19.8	21.2
38	6.1	6.8	7.9	12.6	18.7	20.6	22.0
39	6.4	7.1	8.3	13.2	19.4	21.5	22.9
40	6.7	7.5	8.7	13.7	20.1	22.3	23.8

Standards and Tools • INTERGROWTH-
21st (tghn.org)

International Gestational Weight Gain Standards for Women with Normal BMI



International Gestational Weight Gain Standards for Women with Normal BMI



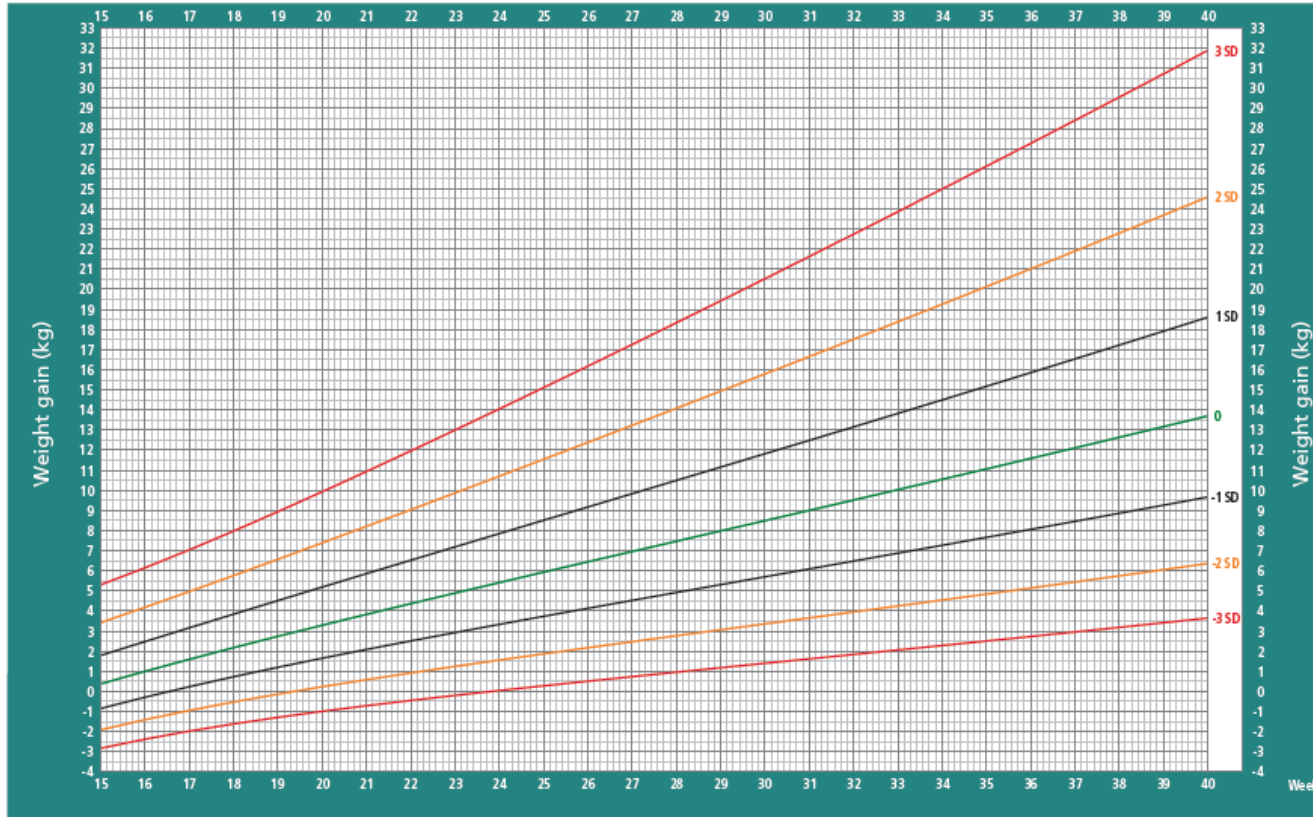
Weight Gain (kg)

INTERGROWTH-21st



Gestational age (exact weeks)	z-scores (Standard Deviations)						
	-3	-2	-1	0	1	2	3
14	-3.3	-2.4	-1.4	-0.3	1.1	2.7	4.6
15	-2.8	-1.9	-0.8	0.4	1.8	3.4	5.3
16	-2.4	-1.4	-0.3	1.0	2.5	4.2	6.2
17	-2.0	-0.9	0.3	1.6	3.2	5.0	7.0
18	-1.6	-0.5	0.7	2.2	3.9	5.8	8.0
19	-1.3	-0.1	1.2	2.8	4.5	6.6	8.9
20	-1.0	0.3	1.7	3.3	5.2	7.4	9.9
21	-0.7	0.6	2.1	3.8	5.9	8.2	10.9
22	-0.4	0.9	2.5	4.4	6.5	9.0	12.0
23	-0.2	1.3	2.9	4.9	7.2	9.9	13.0
24	0.1	1.6	3.3	5.4	7.9	10.7	14.0
25	0.3	1.9	3.7	5.9	8.5	11.5	15.1
26	0.5	2.2	4.1	6.5	9.2	12.4	16.2
27	0.7	2.5	4.5	7.0	9.8	13.2	17.2
28	1.0	2.8	4.9	7.5	10.5	14.1	18.3
29	1.2	3.1	5.3	8.0	11.2	14.9	19.4
30	1.4	3.4	5.7	8.5	11.8	15.8	20.5
31	1.6	3.7	6.1	9.0	12.5	16.6	21.6
32	1.9	4.0	6.5	9.5	13.1	17.5	22.7
33	2.1	4.3	6.9	10.0	13.8	18.4	23.8
34	2.3	4.6	7.3	10.5	14.5	19.2	25.0
35	2.5	4.9	7.7	11.1	15.2	20.1	26.1
36	2.7	5.2	8.1	11.6	15.8	21.0	27.2
37	3.0	5.5	8.5	12.1	16.5	21.9	28.4
38	3.2	5.8	8.9	12.6	17.2	22.8	29.5
39	3.4	6.1	9.3	13.2	17.9	23.7	30.7
40	3.7	6.4	9.7	13.7	18.6	24.6	31.8

International Gestational Weight Gain Standards for Women with Normal BMI



Importante lembrar!

- Não há curvas específicas para acompanhar o IMC na gestação de adolescentes: usam-se as mesmas curvas para gestantes adultas;
- Importante considerar que a curva de ganho de peso na gestação deverá sempre ser ascendente;
- > 2 anos da menarca: considerar como adulto;
- < 2 anos de menarca: ↑↑ baixo peso;

Necessidades nutricionais

Planejamento das necessidades nutricionais

Deve ser considerado no planejamento:

- Equação preditiva mais apropriada para energia (IOM, FAO/OMS)
- Idade (adolescente ou adulta)
- Estado nutricional PG
- Condição clínica

IOM

Children and Adolescents 3–18 years

Estimated Energy Requirement (kcal/day) = Total Energy Expenditure + Energy Deposition

Boys

3–8 years $EER = 88.5 - (61.9 \times \text{age [y]}) + PA^b \times [(26.7 \times \text{weight [kg]}) + (903 \times \text{height [m]})] + 20$

9–18 years $EER = 88.5 - (61.9 \times \text{age [y]}) + PA \times [(26.7 \times \text{weight [kg]}) + (903 \times \text{height [m]})] + 25$

Girls

3–8 years $EER = 135.3 - (30.8 \times \text{age [y]}) + PA \times [(10.0 \times \text{weight [kg]}) + (934 \times \text{height [m]})] + 20$

9–18 years $EER = 135.3 - (30.8 \times \text{age [y]}) + PA \times [(10.0 \times \text{weight [kg]}) + (934 \times \text{height [m]})] + 25$

Adults 19 years and older

Estimated Energy Requirement (kcal/day) = Total Energy Expenditure

Men $EER = 662 - (9.53 \times \text{age [y]}) + PA \times [(15.91 \times \text{weight [kg]}) + (539.6 \times \text{height [m]})]$

Women $EER = 354 - (6.91 \times \text{age [y]}) + PA \times [(9.36 \times \text{weight [kg]}) + (726 \times \text{height [m]})]$

Pregnancy

Estimated Energy Requirement (kcal/day) = Nonpregnant EER + Pregnancy Energy Deposition

1st trimester $EER = \text{Nonpregnant EER} + 0$

2nd trimester $EER = \text{Nonpregnant EER} + 340$

3rd trimester $EER = \text{Nonpregnant EER} + 452$

FAO/OMS

Tabela. Cálculo GEB - FAO (1985).

Idade em anos	Homens (kcal)	Mulheres (kcal)
< 3	60,9 x P - 54	61,0 x P - 51
3 - 10	22,7 x P + 495	20,5 x P + 499
10 - 18	17,5 x P + 651	12,2 x P + 746
18 - 30	15,3 x P + 679	14,7 x P + 496
30 - 60	11,6 x P + 879	8,7 x P + 829
>60	13,5 x P + 487	10,5 x P 596

Tabela. Fator atividade física - FAO (1985).

Faixa etária	Homens			Mulheres		
	Leve	Moderada	Pesada	Leve	Moderada	Pesada
10 - 18	1,60	2,50	6,00	1,50	2,20	6,00
18 - 65	1,55	1,78	2,10	1,56	1,64	1,82
>65	1,40	1,60	1,90	1,40	1,60	1,80

Trimestre de gestação	Adicional energético diário
1º (< 14 semanas de gestação)	85 kcal/dia
2º (14 - 28 semanas de gestação)	285 kcal/dia
3º (≥28 semanas de gestação)	475 kcal/dia

Recomendações Nutricionais às Gestantes

Lipídeos: não ultrapassar 30% do total calórico da dieta diária	Mulheres Adultas (19-50 anos)	Gestantes (19-50 anos)	Gestantes (14-18 anos)	(%) Aumento na dieta em relação à mulher adulta
Energia (kcal)	2200	2500	2500 a 2700	13,6 a 22,7 %
Proteína e aminoácidos (g)	50	60	70	20 % (adolesc. 40 %)
Carboidrato (g)	300	300	300	0
Fibras totais (g)	25	28	28	12 %
Vitaminas				
Folato ou Ácido Fólico (µg)	400	600	600	50 %
Sais Minerais				
Cálcio (mg)	1000	1000	1300	0 (adolesc.30%)
Ferro (mg)	18	27	27	50 %

Necessidades nutricionais aumentadas na gestação!

DRI (Dietary Reference Intakes) para mulheres adultas e gestantes, segundo a Food and Nutrition Board e o Institute of Medicine, da Academia Nacional de Ciências dos EUA

Macronutrientes

Proteína

Referência	Recomendação
RDA (1989)	60g/dia (50% AVB)
FAO/OMS (2007)	1g/kg/dia +1g 1ºT ou 9g 2ºT ou 31g 3ºT Gestação gemelar: +50g (20 ^{as})
DRIs (2002)	71g/dia ou 10 a 35% ou 1,1g/kg PPG/dia
ADA (1989)	≤ 15: 1,7g/kg/PI ou > 15: 1,5g/kg/PI
Luke (2005) (gemelares)	BP=200g/d; A=175g/d; SO=163g/d; O=150g/d

Carboidratos

Referência	Recomendação
DRIs (2002)	175g/dia ou 45 a 65% (Açúcar até 25%)
OMS (2003)	55 a 75% (Açúcar 10%)

Lipídios

Referência	Recomendação
DRIs (2002)	20 a 35%
OMS (2003)	15 a 30%

Micronutrientes



Vitaminas e
minerais

Suportam toda
atividade
metabólica

Sinalização
celular,
motilidade

Proliferação,
diferenciação e
apoptose

Regulam o
crescimento do
tecido, função e
homeostase

ácido fólico

Para atingir a recomendação diária

30%



160 g
Couves de bruxelas cozidas



180 g
Beterraba crua



240 g
Couve lombarda

20%



100 g
Tremoços cozidos

15%



100 g
Favas cozidas

As necessidades de ácido fólico (ou folato) durante a gravidez estão aumentadas, sendo aconselhada suplementação (400-800 µg/dia), particularmente, no período peri-concepcional e durante as primeiras 4 semanas de gestação.

O ácido fólico suporta o crescimento da placenta e do feto. A deficiência de ácido fólico está associada ao aumento da incidência de malformações congénitas, defeitos do tubo neural, malformações cardíacas congénitas, aborto, baixo peso ao nascimento e parto prematuro.

FONTES ALIMENTARES:

Flocos de trigo integral | Farelo de trigo | Flocos de milho | Feijão frade | Agrião cru | Espargos | Espinafres crus | Amendoins | Couves de Bruxelas

ferro

Para atingir a recomendação diária

45%



100 g
Iogurte natural com farelo de trigo (30 g) e amêndoas (30 g)

34%



100 g
Tremoços cozidos

20%



100 g
Feijão manteiga (80 g) com um ovo escalfado (55 g)

19%



100 g
Sardinha conserva em azeite

14%



90 g
Carne de vaca assada

As necessidades de ferro não estão aumentadas na gravidez.

O ferro ajuda a aumentar o volume de sangue e a prevenir a anemia durante a gravidez, importante para garantir o fornecimento de oxigénio e os nutrientes necessários ao crescimento do feto.

Uma ingestão inadequada deste mineral pode aumentar o risco de baixo peso ao nascimento, prematuridade, aborto e perturbações no neurodesenvolvimento do feto.

FONTES DE ORIGEM ANIMAL:

Sardinha de conserva | Carnes magras | Carne de vaca | Ovo

FONTES DE ORIGEM NÃO ANIMAL:

Farelo de trigo | Flocos de trigo integral | Pistácio | Cajus | Leguminosas

cálcio

Para atingir a recomendação diária



Pão com duas fatias de queijo (40 g)
iogurte meio-gordo natural (125g)



160 g
Couve galega cozida



250 mL
Leite meio gordo

As necessidades de cálcio não estão aumentadas na gravidez.

O cálcio é muito importante para o crescimento e desenvolvimento dos ossos do seu filho e ajuda a mantê-los saudáveis e é importante na regulação das contrações uterinas.

FONTES DE ORIGEM ANIMAL:

Laticínios (leite, queijo, iogurte) | Sardinha de conserva

FONTES DE ORIGEM NÃO ANIMAL:

Amêndoas | Couve galega | Avelãs | Figo seco | Agrião cru

zinco

Para atingir a recomendação diária



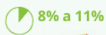
20 g
Farelo de trigo



100 g
Polvo cozido



80 g
Lombo de porco



20 g
Queijo flamengo
30% gordura

As necessidades de zinco estão aumentada durante a gravidez, sendo aconselhado um aporte adicional de 1,6 mg/dia.

O zinco é um mineral que participa no rápido crescimento das células que ocorre durante a gravidez, reforça o seu sistema imunitário, e é determinante para o desenvolvimento cognitivo da criança.

Uma ingestão inadequada pode resultar em diferentes efeitos adversos no crescimento e neurodesenvolvimento do seu filho.

FONTES DE ORIGEM ANIMAL:

Queijo flamengo | Carne de vaca | Polvo | Carne de porco

FONTES DE ORIGEM NÃO ANIMAL:

Farelo de trigo | Flocos de aveia | Cajus

Orientação nutricional

Orientação nutricional

- ❖ **Orientação sobre a alimentação da gestante;**
- ❖ **Realizar o manejo de sintomas gastrointestinais mais frequentes;**
- ❖ **Considerar o guia alimentar para a população brasileira;**
- ❖ **Prescrição de suplementação: avaliação da individualidade;**
- ❖ **Cuidado com o consumo de adoçantes e chás.**

10 passos para uma alimentação saudável na gestação

1) Faça pelo menos três refeições (café da manhã, almoço e jantar) e dois lanches saudáveis por dia, evitando ficar mais de três horas sem comer. Entre as refeições beba muita água. Evite comer doce como sobremesa.

2) Dê preferência aos alimentos em sua forma mais natural. As farinhas integrais, além de serem fontes de carboidratos, são boas fontes de fibras, vitaminas e minerais.

3) Arroz com feijão faz muito bem para a saúde. É um prato brasileiro, com uma combinação equilibrada de nutrientes.

4) É importante incluir na alimentação leite e derivados, e uma porção de carne, peixe ou ovos. Retire a pele e a gordura da carne antes da preparação, tornando este alimento mais saudável!

5) Diminua o consumo de gorduras; consuma, no máximo, uma colher (sopa) de óleos vegetais ou azeite ou ½ colher (sopa) de manteiga ou margarina por dia. Fique atenta aos rótulos dos alimentos e prefira aqueles livres de gorduras trans.

6) Coma todos os dias legumes, verduras e frutas da época.

7) Evite refrigerantes e sucos industrializados, chocolates, doces, biscoitos recheados e outras guloseimas em seu dia a dia.

8) Diminua a quantidade de sal na comida e retire o saleiro da mesa. Faça o mesmo com o açúcar!

9) Para evitar a anemia (falta de ferro no sangue), consuma diariamente alimentos ricos em ferro, como carnes, miúdos, feijão, lentilha, grão-de-bico, soja, folhas verde-escuras, grãos integrais, castanhas e outros. Consuma junto com esses alimentos fontes de vitamina C, como acerola, goiaba, laranja, caju, limão e outras.

10) Todos esses cuidados ajudarão você a manter a saúde e o ganho de peso dentro de limites saudáveis. Pratique alguma atividade física e evite as bebidas alcoólicas e o fumo.

Além desses cuidados, é recomendável durante a gestação e até o 3º mês após o parto o uso de sulfato ferroso, que é distribuído nas Unidades Básicas de Saúde.

Limitar o consumo de cafeína: 200-300mg/dia

Tabela 7. Fontes de cafeína [25].

Produto alimentar	Cafeína (mg)
Café instantâneo (1 chávena)	60 - 70
Café expresso (1 chávena)	100 - 150
Chá (folhas/saquetas) (1 chávena)	20 - 60

Limitar o consumo de:

- Laticínios não pasteurizados
- Queijos mal curados
- Queijo fresco e requeijão
- Enchidos e fumados
- Espadarte, tamboril ou tintureira
- Carne e peixe mal cozinhados
- Legumes e fruta mal lavados
- Patês de qualquer tipo

Condutas nas queixas mais frequentes

- ❖ Náuseas e vômitos
- ❖ Pirose, azia ou refluxo
- ❖ Fraquezas e desmaios
- ❖ Plenitude
- ❖ Constipação e flatulência
- ❖ Picamalácia



Náuseas e Vômitos

Estão relacionados ao aumento do estrogênio, podendo levar a anorexia. Manifestam-se até a 20ª semana. Cerca de 50% das gestantes referem esses sintomas no 1º trimestre gestacional. Devemos orientar as gestantes com esses sintomas a:

- ✗ Evitar frituras e alimentos gordurosos e com odor forte e/ou desagradável ou que causem desconforto /intolerância;
- ✗ Evitar uso de temperos picantes nas preparações, preferir os suaves;
- ✓ Preferir alimentos sólidos pela manhã e ricos em carboidratos;
- ✓ Devem ser ingeridos sem líquidos antes do café da manhã;
- ✗ Refeições pequenas, frequentes e secas, de alimentos contendo carboidratos facilmente digeríveis;
- ✓ Preferir frutas com caldo;
- ✗ Evitar monotonia alimentar para prevenir a anorexia;
- ✗ Evitar deitar-se após grandes refeições;
- ✓ Comer o que deseja todas as vezes que sentir fome;
- ✓ Preferir alimentos com baixo teor de gordura e abrandados (tipo purê);



Uso de gengibre

Recomendação:
1g/dia

Pirose ou Azia ou Refluxo Gástrico

Estão possivelmente relacionados ao aumento da progesterona, que leva à hipotonia do esfíncter esofágico. É comum no último trimestre gestacional e ocorrem frequentemente à noite. Devemos orientar as gestantes com esses sintomas a:

- ✓ Elevar a cabeceira da cama e evitar deitar-se após as grandes refeições;
- ✗ Evitar café, chá, mate, álcool, frituras, fumo e doces;
- ✓ Excluir ou substituir alimentos que provoquem desconforto ou intolerância;
- ✗ Não usar o leite puro como forma de neutralizar o sintoma, pois o rebote ácido piora os sintomas e exacerba o refluxo;
- ✓ Indicar dieta fracionada e em menor volume;
- ✓ Fazer refeições pequenas, comer devagar, mastigar bem e evitar o estresse;
- ✓ Deve-se limitar a ingestão alimentar antes de dormir e a quantidade de alimento consumido pela refeição;
- ✗ Não ingerir líquidos nas grandes refeições;
- ✗ Não se deve restringir alimentos ácidos, conversar com o nutricionista sobre alimentos e desconforto.

Fraquezas e Desmaios

Estão relacionados à hipotensão arterial ou a hipoglicemia. Devemos orientar as gestantes com esses sintomas a:

- ✓ São sintomas comuns no início da gestação;
- ✗ Evitar jejum prolongado e intervalo grande entre as refeições;
- ✓ Orientar para utilização normal do sal na dieta, exceto em casos de hipertensão arterial grave;
- ✓ Indicar dieta fracionada e em menor volume.

Plenitude

É comum na gestação, principalmente gemelar, e no último trimestre gestacional, pela compressão gástrica pelo útero aumentado. Repercute em ingestão dietética insuficiente. Devemos orientar as gestantes com esses sintomas a:

- ✓ Aumentar o fracionamento da dieta e nos casos mais graves alterar a consistência;
- ✓ Reduzir o volume das refeições e aumentar a densidade calórica, utilizado óleos vegetais;
- ✗ Evitar deitar-se após a refeição;

Picamalácia

É o apetite incontrolável por substâncias não alimentares, como tijolo, terra, água de sabonete, gelo, cinza de cigarro. Sugere-se que alivia náusea e vômito, além pode ser causada pela deficiência de cálcio, zinco ou ferro. Deve-se:

- ✓ Investigar problemas emocionais ou familiares;
- ✓ Orientar para evitar o contato com a substância desejada;
- ✓ Tentar encorajar as gestantes a substituir essa prática pela ingestão de alimentos de sua preferência;
- ✓ Há a possibilidade de prejuízo na absorção de nutrientes, de acarretar doenças (parasitoses) e contaminações por substâncias tóxicas;
- ✓ Pode contribuir para anemia e desnutrição;
- ✓ Pode levar também a obesidade e obstrução intestinal.

Constipação Intestinal e Flatulência

Estão relacionados à ação da progesterona, erros alimentares, baixa ingestão hídrica e de fibras. Pode ser potencializado pela suplementação de ferro e pela pressão em intestino pelo útero aumentado. Devemos orientar as gestantes com esses sintomas a:

- ✓ Aumentar a ingestão de fibras (frutas laxativas e com bagaço);
- ✓ Presença de verduras de folhas cruas ou cozidas nas refeições, pães que contenham fibras;
- ✓ Estimular o consumo de produtos integrais (cereais, pães);
- ✓ Estimular o consumo de farelo de trigo ou aveia (até duas colheres de sopa/dia junto com líquidos e fora das grandes refeições);
- ✓ Dar ênfase a frutas secas no lanche como damasco e figo;
- ✓ Observar tolerância a alimentos flatulentos: alho, batata doce, brócolis, cebola, couve, couve flor, ervilha, feijão, milho, ovo, rabanete e repolho;
- ✓ Estimular atividade física para regularizar a função intestinal, como caminhadas regulares no mínimo de 3 vezes/semana;
- ✓ Aumentar a ingestão de líquidos - mínimo de 4 copos de líquidos/dia;
- ✓ Mastigar bem os alimentos, evitar falar durante as refeições e comer devagar, evitando a aerofagia;
- ✗ Não é recomendado o uso de laxantes!

Uso de plantas medicinais e fitoterápicos na gravidez...



Princípio da precaução

O uso de plantas medicinais e fitoterápicos, na gestação, exige cuidados especiais.

Plantas medicinais e fitoterápicos

- Efeito emenagogo: provocam a contração uterina causando hemorragias e podendo levar ao aborto ou mesmo à morte conforme o caso e devem ser evitadas durante o período da gravidez
- Há 108 Plantas Medicinais que são contraindicadas na Gestação e Lactação.



Tabela 1: Relação das espécies medicinais que oferecem riscos durante o período gestacional

Nome científico	Nome Popular	Família	Risco à gestação
<i>Abrus precatorius</i> L.	Ervilha-do-rosário	Fabaceae	Abortiva
<i>Achyrocline satureioides</i> (Lam.) DC.	Marcela	Asteraceae	Abortiva
<i>Aesculus hippocastanum</i> L.	Castanha-da-índia	Sapindaceae	Abortiva
<i>Aristolochia triangularis</i> (Cham)	Cipó-mil-homens	Aristolochiaceae	Abortiva
<i>Artemisia absinthium</i> L.	Losna	Asteraceae	Abortiva
<i>Artemisia verlotorum</i> Lamotte	Infalivina	Asteraceae	Abortiva
<i>Artemisia vulgaris</i> L.	Artemisia	Asteraceae	Abortiva
<i>Astronium urundeuva</i> (Allemão) Engl.	Aroeira	Anacardiaceae	Abortiva
<i>Baccharis trimera</i> (Less.) DC.	Carqueja	Asteraceae	Abortiva
<i>Brunfelsia uniflora</i> (Pohl) D. Don	Manacá-de-jardim	Solanaceae	Abortiva
<i>Casearia sylvestris</i> Sw.	Guaçatonga	Salicaceae	Abortiva
<i>Catharanthus roseus</i> (L.) G. Don	Vinca	Apocynaceae	Abortiva
<i>Chamomilla recutita</i> (L.) Rauschert	Camomila	Asteraceae	Emenagoga e abortiva
<i>Chenopodium ambrosioides</i> L.	Erva-de-santa-maria	Amaranthaceae	Abortiva
<i>Cinnamomum verum</i> J. Presl	Canela	Lauraceae	Abortiva
<i>Coffea arabica</i> L.	Cafê	Rubiaceae	Abortiva
<i>Coutarea hexandra</i> (Jacq.) K. Schum.	Quina-quina	Rubiaceae	Abortiva
<i>Cunila fasciculata</i> Benth.	Poejo	Lamiaceae	Abortiva
<i>Cunila galioides</i> Benth.	Poejinho	Lamiaceae	Abortiva
<i>Cunila menthoides</i> Benth.	Poejo-de-folha-grande	Lamiaceae	Abortiva
<i>Cymbopogon citratus</i> (DC.) Stapf	Capim-cidreira	Poaceae	Relaxante uterino
<i>Dorstenia brasiliensis</i> Lam.	Carapiá	Moraceae	Abortiva

<i>Equisetum giganteum</i> L.	Cavalinha	Equisetaceae	Abortiva
<i>Foeniculum vulgare</i> L.	Erva-doce	Apiaceae	Relaxante uterino e abortiva
<i>Gossypium barbadense</i> L.	Algodoeiro	Malvaceae	Abortiva
<i>Himatanthus drasticus</i> (Mart.) Plumel	Carapanaúba	Apocynaceae	Abortiva
<i>Himatanthus lancifolius</i> (Müll. Arg.) Woodson	Agoniada	Apocynaceae	Abortiva
<i>Jatropha curcas</i> L.	Pinhão-manso	Euphorbiaceae	Abortiva
<i>Jatropha gossypifolia</i> L.	Pinhão-roxo	Euphorbiaceae	Abortiva
<i>Kalanchoe brasiliensis</i> Cambess.	Saião	Crassulaceae	Abortiva
<i>Laurus nobilis</i> L.	Louro	Lauraceae	Abortiva
<i>Luffa operculata</i> (L.) Cong.	Buchinha	Cucurbitacea	Abortiva e embriotóxica
<i>Mentha piperita</i> L.	Hortelã-pimenta	Lamiaceae	Abortiva
<i>Mentha</i> sp	Hortelã	Lamiaceae	Abortiva
<i>Momordica charantia</i> L.	Melão-do-campo	Cucurbitaceae	Abortiva
<i>Newbouldia laevis</i> (P. Beauv.) Seem.	Capim-de-oxalá	Bignoniaceae	Abortiva
<i>Petiveria alliacea</i> L.	Guiné	Phytolaccaceae	Abortiva
<i>Pimpinella anisum</i> L.	Erva-doce	Apiaceae	Abortiva
<i>Peumus boldus</i> Molina	Boldo-do-chile	Monimiaceae	Abortivo e teratogênica
<i>Plectranthus barbatus</i> Andrews	Boldo-da-terra	Lamiaceae	Abortiva
<i>Pluchea sagittalis</i> (Lam.) Cabrera	Quitoco	Asteraceae	Abortiva
<i>Rosmarinus officinalis</i> L.	Alecrim	Laminaceae	Emenagoga e abortiva
<i>Ruta graveolens</i> L.	Arruda	Rutaceae	Abortiva
<i>Schinus terebinthifolius</i> Raddi	Aroeira	Anacardiaceae	Abortiva
<i>Senna alexandrina</i> Mill.	Sene	Fabaceae	Abortiva

<i>Strychnos pseudoquina</i> A. St.-Hil.	Quina-verdadeira	Loganiaceae	Abortiva
<i>Symphytum officinale</i> L.	Confrei	Boraginaceae	Abortiva
<i>Syzygium aromaticum</i> (L.) Merr. & L.M. Perry.	Cravo	Myrtaceae	Abortiva
<i>Tabebuia heptaphylla</i> (Vell.) Toledo	Ipê-roxo	Bignoniaceae	Abortiva
<i>Tropaeolum majus</i> L.	Chaguinha	Tropaeolaceae	Abortiva
<i>Vernonia condensata</i> Baker	Figatil	Asteraceae	Abortiva
<i>Xanthium cavanillesii</i> Schouw	Carrapixo	Asteraceae	Abortiva
<i>Zanthoxylum caribaeum</i> Lam.	Espinho-cheiroso	Rutaceae	Abortiva

Fonte: Adaptado de M. M. M. de F. (2003), de L. C. L. (2002) e de L. C. L. (2012).

Plantas medicinais e fitoterapia

**Recomendação geral:
Evitar o uso de todas as plantas medicinais**

03 plantas de “segurança” de uso na gestação:

***Zingiber officinale* (gengibre)**

***Vaccinium macrocarpon* (cranberry)**

***Vitis vinifera* (videira)**



**Uso de adoçantes na
gravidez: seguros?**



Adoçantes: seguros?

- Sacarina: 2,5 mg/kg de peso corporal;
- Ciclamato: 11 mg/kg de peso;
- Aspartame: 40 mg/kg de peso;
- Acessulfame-K: 15 mg/kg de peso;
- Esteviosídeo: 5,5 mg/kg de peso;
- Sucralose: 15 mg/kg de peso.

Agentes de corpo usados na formulação dos adoçantes (manitol, sorbitol, xilitol, eritrol, lactilol, isomalte, maltilol, lactose, frutose, maltodextrina, dextrina e açúcar invertido) são substâncias consideradas seguras para o consumo humano.

Uso de suplementos na gravidez...



Quais as premissas da suplementação na gravidez?

Quais os cuidados ao se pensar na suplementação?

Quais os nutrientes mais estudados na suplementação?

Quais as recomendações oficiais?

Uso de suplementos na gravidez

POR QUE SUPLEMENTAR?

Aumento das necessidades nutricionais da gestante;

Maior risco de carências nutricionais;

Papel de alguns nutrientes no desenvolvimento fetal.

Uso de suplementos na gravidez

O que considerar para a suplementação de nutrientes na prática?

- Suplementos nutricionais
- Ingestão total de nutrientes
- Análises laboratoriais
- Contraindicações
- Excesso de nutrientes
- Interações nutricionais
- Interações medicamentosas
- Formulações e dosagens
- Efeitos adversos
- Atualizações

Uso de suplementos na gravidez

O que já é proposto pelo Ministério da Saúde e outras organizações de saúde?

- Programa Nacional de Suplementação do Ferro (Ferro + Ácido fólico)
- Suplementação de vitamina A (No Brasil não é recomendado)

Uso de suplementos na gravidez

O que tem de recomendações oficiais quanto a/ao:

- Ômega 3
- Vitamina D
- Probióticos
- Outros nutrientes x patologias na gravidez



Deficiências mais comuns nos países em desenvolvimento: ferro, cálcio, vitamina D e A, zinco e folato. Há evidências que a suplementação com micronutrientes traz resultados benéficos, mas não existem dados sobre a composição ideal.

Não há recomendação consistente de: magnésio, zinco, selênio, B₆, vitamina E. A vitamina D pode ser benéfica no 3º trimestre gestacional em mulheres com comprovada deficiência; B₁₂ suplementada em vegetarianas, suplementação com folato pré-gravídica (400µg/d); zinco em mulheres com problemas gastrointestinais, deficiência comprovada e dietas ricas em ferro.

A suplementação de cálcio (1g/dia) parece ser benéfica na prevenção da pré-eclampsia em mulheres com baixo consumo. Outros associados com prevenção de pré-eclampsia: selênio, vitamina C, vitamina E e A, mas não há dados suficientes que orientem uma suplementação.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. 1ª ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Gestação de alto risco. Manual técnico. 4 ed. Brasília, 2012.
- VITOLLO, M.R. Nutrição da gestação ao envelhecimento. 2. Edição. Rio de Janeiro: Rubio, 2015.
- Alimentação e Nutrição na Gravidez 2021. Portugal. Ministério da Saúde. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável.
- Guia informativo. Quais os nutrientes importantes para a mulher grávida? Portugal. Ministério da Saúde. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável.

ESTUDO DE CASO

J.F.S., 31 anos, casada, está grávida de seu primeiro filho. Atualmente, está 17^a semana gestacional. Trabalha como caixa de supermercado e tem renda familiar mensal de três (3) salários mínimos. Iniciou o pré-natal na 9^a semana, após receber visita domiciliar de um Agente Comunitário de Saúde, da Unidade Básica de Saúde (UBS) do seu território. Na primeira consulta, realizada pela enfermeira da sua equipe de saúde, foram solicitados alguns exames e a entrega da caderneta da gestante. Os resultados desses exames, recebidos na 2^a consulta pré-natal (13^a semana), foram: Hb = 11,3 mg/dl; Ht = 34%; Glicemia de jejum = 82 mg/dl. Ao exame físico: edema (-), Pressão arterial (PA) = 110/80 mmHg; pele e mucosas normais, constipação. Sem antecedentes obstétricos ou de saúde pessoal. História familiar de diabetes e hipertensão. Logo na primeira consulta, recebeu prescrição do polivitamínico e mineral Materna®, 1 comprimido ao dia. Foi esclarecida que, caso não pudesse comprar, a UBS disponibiliza suplementação de ferro e ácido fólico.

Recebeu encaminhamento ao nutricionista do NASF (Núcleo Ampliado de Saúde da Família) devido à perda de peso inicial associada às náuseas e vômitos. Tem conseguido voltar a comer, pelo aumento do apetite, mas não houve remissão das náuseas e vômitos. Durante a consulta, verificou-se consumo alimentar composto por pães, bolachas, arroz, feijão, macarrão, carnes (bovina e frango), ovos, café, açúcar, pouco leite, alguns embutidos (presunto, mortadela), ultraprocessados (bolacha recheada, refrigerante, macarrão instantâneo), poucas frutas, ausência de verduras e legumes.

Quais pontos destacariam da avaliação nutricional?

Quais orientações nutricionais seriam importantes nesse caso?

- **Sintomas gastrointestinais?**
- **Qualidade da alimentação?**
- **Suplementação**

Obrigada

andressa.salviano@usp.br

