

**FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

THAIS DELFINA ANDRADE DE MENDONÇA

**GANHO PONDERAL DAS GESTANTES ACOMPANHADAS EM UMA
ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE RESENDE – RJ**

VOLTA REDONDA - RJ

2019

**FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

**GANHO PONDERAL DAS GESTANTES ACOMPANHADAS EM UMA
ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE RESENDE - RJ**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao curso de Nutrição do
UniFOA, como requisito à obtenção do título
de Bacharel em Nutrição.

Acadêmica: Thais Delfina Andrade de Mendonça

Orientadora: Profa. Dra. Margareth Lopes Galvão Saron

VOLTA REDONDA – RJ

2019

FICHA CATALOGRÁFICA

Bibliotecária Alice Tacão Wagner - CRB 7/RJ 4316

M539g Mendonça, Thais Delfina Andrade de

Ganho ponderal das gestantes acompanhadas em uma estratégia da saúde no Município de Resende - RJ. / Thais Delfina Andrade de Mendonça.
– Volta Redonda: UniFOA, 2019.

29 p. II.

Orientador (a): Margareth Lopes Galvão Saron

Monografia (TCC) – UniFOA / Curso de Nutrição, 2019.

1. Nutrição - TCC. 2. Gestante – ganho ponderal. 3. Unidade Básica de Saúde - gestante. I. Saron, Margareth Lopes Galvão. II. Centro Universitário de Volta Redonda. III. Título.

CDD 613

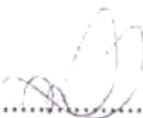
FOLHA DE APROVAÇÃO

Trabalho de Conclusão de Curso intitulado:
**GANHO PONDERAL DAS GESTANTES ACOMPANHADAS EM UMA
ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE RESENDE - RJ**

Elaborado por Thais Delfina Andrade de Mendonça, apresentado publicamente perante a Banca Avaliadora, como parte dos requisitos para conclusão do Curso de Nutrição.

Aprovada em 20 de maio de 2019

Banca Avaliadora:



.....
Professora Orientadora

Margareth Lopes Galvão Saron, Doutora, Centro Universitário de Volta Redonda



.....
Professora Avaliadora

Tatiana Aragão Correa Andrighi, Mestre, Centro Universitário de Volta Redonda



.....
Professora Avaliadora

Paula Alves Leoni, Mestre, Centro Universitário de Volta Redonda

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por ser meu guia. Aos meus pais, irmão, meu noivo e toda minha família que sempre me incentivaram chegar até aqui.

AGRADECIMENTOS

À Deus por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades ao longo de todo o curso.

Ao meu pai Sebastião e minha mãe Maria Teresa, que tanto lutaram pela minha educação, pelo amor, incentivo e apoio incondicional. Por sempre me apoiarem e sonharem junto comigo, muito obrigada!

Ao meu noivo Wellington, por sempre me apoiar e estimular nessa caminhada.

Ao meu irmão Thales, por suas palavras de estímulo e otimismo.

Aos meus avós, que já se foram, mas que são meus incentivos. Exemplos, aos quais eu admiro.

À toda minha família, que sempre esteve presente e de alguma forma me estimulou e compreendeu minha ausência nesses anos.

As minhas amigas, meu quarteto, por sempre estarem juntas nessa caminhada.

As minhas amigas ao longo desses quatro anos de graduação, sou muito grata por cada uma que Deus colocou em meu caminho.

As minhas amigas e colegas de trabalho, por sempre me apoiar, incentivar e ajudar em todas as dificuldades.

À enfermeira Mariane, pela ajuda e todo apoio para a realização desse trabalho.

À minha orientadora Margareth, pelo suporte, por suas correções, incentivos e todo apoio na elaboração desse trabalho.

Aos professores, por todo conhecimento passado.

E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, sem a força de todos eu não conseguiria chegar até aqui, o meu muito obrigado.

“Só é verdadeiramente digno da liberdade, bem como da vida, aquele que se empenha em conquistá-la” (Johann Goethe).

RESUMO

O ganho de peso gestacional em excesso ou insuficiente pode ocasionar complicações gestacionais, tanto para as mães e com para os filhos. É imprescindível avaliar o estado nutricional no início e durante a gestação para detectar gestantes em risco nutricional. Diante disto, o presente trabalho tem como objetivo analisar o ganho ponderal das gestantes acompanhadas em uma Estratégia da Saúde da Família. O estudo foi quantitativo e retrospectivo realizado no município de Resende, estado Rio de Janeiro. Os resultados mostraram que 72,70% das gestantes tiveram parto cesariano, sendo 81,80% a termo. A porcentagem de gestantes que apresentaram obesidade foi de 45,45%, e em relação ao peso do recém-nascido, apenas um estava baixo peso. Todas as gestantes fizeram suplementação de ácido fólico e sulfato ferroso. Pode-se concluir que as gestantes tiveram um ganho de peso acima do preconizado e necessário o acompanhamento nutricional para o controle do peso e do ganho de peso durante a gestação.

Palavras-chave: gestante; ganho ponderal; unidade básica de saúde; pré-natal.

ABSTRACT

Excess or insufficient gestational weight gain can cause gestational complications, both for mothers and for their children. It is essential to evaluate the nutritional status at the beginning and during gestation to detect pregnant women at nutritional risk. In view of this, the present study aims to analyze the weight gain of pregnant women followed up in a Family Health Strategy. The descriptive and retrospective study was carried out in the city of Resende, state of Rio de Janeiro. The results showed that 72.70% of pregnant women had cesarean delivery, being 81.80% at term. The percentage of pregnant women who presented obesity was 45.45%, and in relation to the weight of the newborn, only one was underweight. All the pregnant women did supplementation of folic acid and ferrous sulfate. It is possible to conclude that the pregnant women had a gain of weight above the one recommended and the necessary nutritional monitoring for the control of the weight and the gain of weight during the gestation

Keywords: pregnant; weight gain; basic health Unit; prenatal.

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO	14
2. MÉTODOS.....	16
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO	18
4. CONCLUSÃO	24
REFERÊNCIAS	25

LISTA DE QUADRO

Quadro 1. O ganho ponderal gestacional adequado em todos os IMC.....15

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Idade gestacional ao nascimento	19
Gráfico 2. Tipo de parto	19

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Características materna das gestantes de uma E.S.F.....	17
Tabela 2. Avaliação do estado nutricional das gestantes participantes.....	19
Tabela 3. Exames bioquímicos durante o acompanhamento do pré-natal.....	20
Tabela 4. Estado nutricional das crianças na primeira consulta de puericultura.....	20
Tabela 5. Início da suplementação com sulfato ferroso e ácido fólico.....	21

LISTA DE ABREVIATURAS

RN- Recém-nascido

IMC- Índice de massa corporal

ESF- Estratégia da saúde da família

HB- Hemoglobina

HT- Hematócrito

1.INTRODUÇÃO

A gestação engloba uma série de pequenos e contínuos ajustes fisiológicos que afetam o metabolismo de todos os nutrientes. Durante este período as reservas nutricionais maternas e a ingestão alimentar são responsáveis pelo crescimento e desenvolvimento do feto e pela saúde da gestante tornando necessária uma ingestão adequada de energia, macronutrientes e micronutrientes neste período (SBRUSSI *et al*, 2014; RIBEIRO, 2013).

A inadequação do estado nutricional materno tem grande impacto sobre o crescimento e desenvolvimento do recém-nascido (RN) podendo ocasionar o ganho de peso excessivo que está associado às macrosomias, infecções, hipertensão arterial e pré-eclâmpsia. O ganho insuficiente aumenta os índices de prematuridade, baixo peso ao nascer e crescimento restrito (SBRUSSI, *et al.*,2014). Ocasionalmente um aumento do risco de morbidade no primeiro ano de vida e ao maior risco de desenvolver doenças na fase adulta (MELO *et al.*,2007).

As necessidades de ferro durante a gestação são muito elevadas por isto recomenda-se a suplementação profilática com sulfato ferroso. Aproximadamente a metade das gestantes no mundo tenha anemia por deficiência de ferro, principalmente nos países em desenvolvimento (OMS, 2001).

A ingestão de ácido fólico é fundamental para a formação do tubo neural essa formação ocorre entre o 17º ao 30º dia após a concepção. O uso do ácido fólico até o terceiro mês, reduz em cerca de 75% a ocorrência dos defeitos de fechamento do tubo neural (CFM, 2013).

A suplementação de ferro e ácido fólico durante a gestação é preconizada como parte do cuidado no pré-natal para diminuir o risco de baixo peso ao nascer da criança, anemia e deficiência destes nutrientes na gestante (BRASIL, 2013).

O estado nutricional materno, assim como o ganho de peso gestacional, vem sendo foco de vários estudos, não apenas pela crescente prevalência dos seus distúrbios, mas, sobretudo devido ao seu papel determinante sobre os desfechos gestacionais (MELO *et al.*,2007).

Deste modo, considerando a relevância do problema este estudo tem como objetivo investigar o ganho ponderal das gestantes acompanhadas em uma Estratégia da Saúde da Família no município de Resende - RJ.

2. MÉTODOS

O estudo foi quantitativo e retrospectivo realizado na Estratégia de Saúde da Família (E.S.F.), no município de Resende, estado do Rio de Janeiro. Os dados foram obtidos entre fevereiro e março deste ano por meio de prontuários de gestantes que frequentaram o pré-natal entre maio de 2015 a janeiro de 2019. Excluíram-se os prontuários das gestantes que não terminaram o acompanhamento do pré-natal até o fim da gestação e com dados incompletos.

No estudo foram avaliadas as variáveis pré-natal: idade gestacional, peso da primeira consulta e no decorrer das consultas de pré-natal, altura, pressão arterial, hemoglobina, hematócrito, glicemia em jejum, suplementação de ácido fólico e sulfato ferroso, tipo de parto e número de gestações. Além das variáveis neonatais: peso e amamentação do recém-nascido na primeira consulta de puericultura.

A classificação do estado nutricional da gestante foi realizada segundo o Índice de Massa Corporal (IMC) pré-gestacional e por semana gestacional proposto por Atalah (1999) e preconizado pelo Manual de Orientações Básicas da Vigilância Alimentar e Nutricional (BRASIL, 2011).

O ganho ponderal gestacional foi calculado pela diferença entre o peso final e o peso inicial da gravidez. O valor de peso ideal a ganhar, é adequado ao IMC de cada gestante, conforme proposto pelo Instituto de Medicina (IOM) dos EUA, descrito no quadro 1.

Quadro 1. O ganho ponderal gestacional adequado de acordo com o IMC gestacional.

	BAIXO PESO	NORMAL	EXCESSO DE PESO	OBESIDADE	OBESIDADE MÓRBIDA
IMC (kg/m ²)	≤19.8	>19.8 ≤26	>26 ≤29	>29 ≤39	>39
Ganho Ponderal recomendado (kg)	Entre 20,4kg e 15,9kg	Entre 15,9kg e 11,3kg	Entre 11,3kg e 6,8kg	Entre 6,8 kg e 0 kg	0 kg

Fontes: Institute of Medicine (IOM) citado por ASBEE *et al.*, 2009.

Considerou-se a idade gestacional ao nascimento como termo aquela que se encerra entre 37^a e 41^a semanas e 6 dias de gestação, pré-termo antes da 37^a semana

de gestação e pós-termo igual ou mais de 42^a semanas de gestação, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005).

Os parâmetros bioquímicos foram classificados de acordo com os valores do Laboratório Municipal de Resende, estado do Rio de Janeiro, no ano de 2019, sendo hematócrito (HT) 36,0 a 46,0, hemoglobina (HB) 12,00 a 16,00 g% e glicose em jejum normal: 70-90 mg/dl, intolerante: 100-125 mg/dl, diabético: acima de 126 mg/dl.

Os dados antropométricos das crianças foram calculados por meio do programa Anthro (WHO, 2011), em escore Z e classificados de acordo com o SISVAN (BRASIL, 2011).

O estudo foi realizado com base nos preceitos da Resolução 466/12, cujo projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Centro Universitária de Volta Redonda, sob CAAE: 04394218.0.0000.5237.

Utilizou-se a análise estatística descritiva a partir dos percentuais das categorias de respostas variáveis e interpretados por meio do confronto com a literatura.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

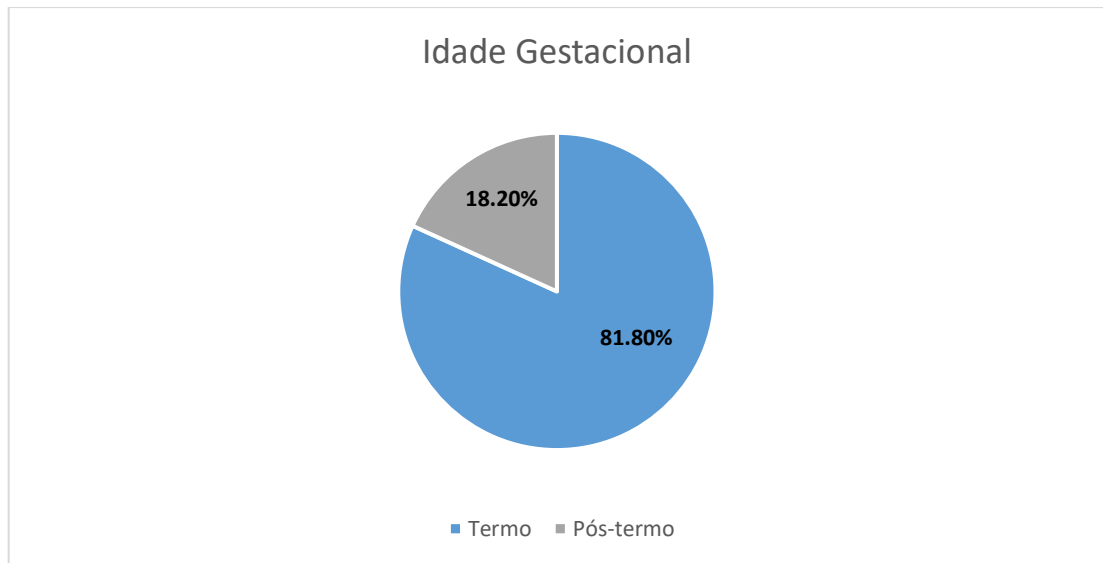
Os perfis das gestantes admitidas pela E.S.F., descrito na tabela 1, tinham a idade média de $28,64 \pm 4,60$ anos, enquanto que o acompanhamento do pré-natal teve início com uma média de nove semanas gestacional, variando de 6 a 20 semanas gestacional. A maioria das gestantes tinham uma pressão arterial média de 110x70mmhg.

Todas as gestantes (n=11) tiveram a quantidade adequada de consultas de pré-natal, sendo um número maior que o estimado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2000). De acordo com a PORTARIA Nº570, DE 1 DE JUNHO DE 2000 diz que por direito a primeira consulta deve ser realizada antes do 4º mês gestacional, a realização de no mínimo 6 (seis) consultas de acompanhamento pré-natal, sendo uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação. O pré-natal é realizado, sendo até a 28ª semana mensal, quinzenais entre 28ª e 36ª semana e semanais das 37 a 42, conforme o preconizado pelo Ministério da Saúde.

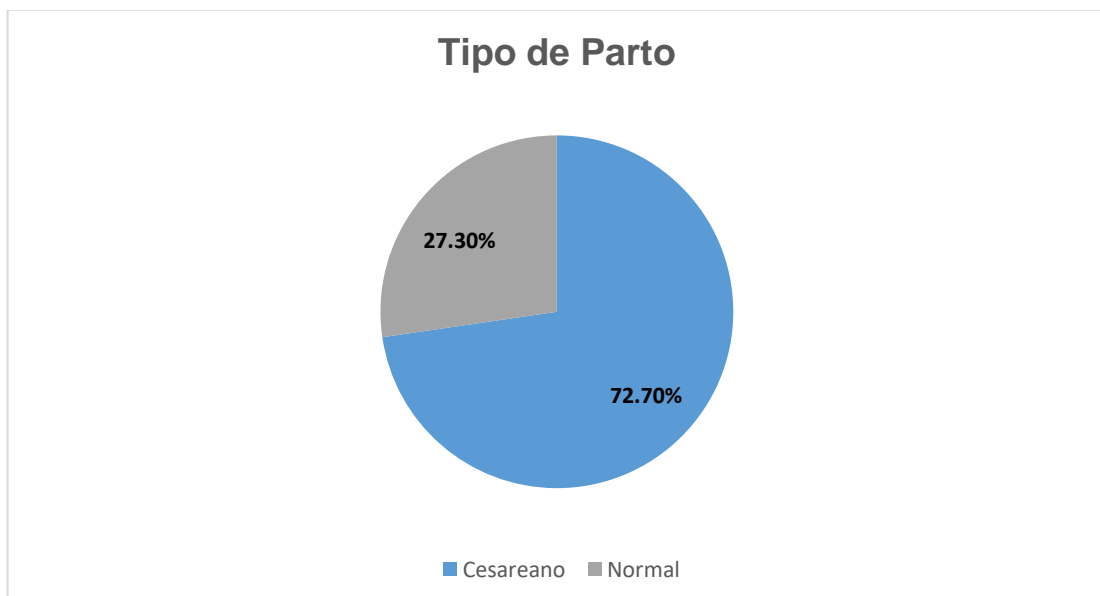
Tabela 1. Características materna das gestantes de uma E.S.F.

Gestante	Idade (anos)	Idade gestacional (semanas)	Pressão arterial MmHg	Número de consultas	Número de gestação
1	24	6	110X60	11	2
2	28	20	100X50	8	1
3	41	4	120x80	10	6
4	30	14	120x70	11	1
5	27	10	110x60	11	3
6	28	10	100X60	15	2
7	27	7	110x80	13	2
8	29	7	110x60	14	3
9	28	10	130x90	12	3
10	31	7	100X60	8	4
11	22	6	90x60	10	1
Média	28,64	9,18	110 x 70	11	2,5

Ao avaliar idade gestacional ao nascimento, pode-se observar que apenas 18,20% dos recém-nascidos foram pós-termo e o parto cesariano foi mais comum entre as gestantes (72,70%), conforme apresentado no gráfico 1.

Gráfico 1. Idade gestacional ao nascimento.

De acordo com Guimarães *et al* (2017), a prevalência de cesárea no Brasil, em 2014, foi de 52,8%, sendo 38,1% em hospitais públicos. No presente estudo, a prevalência de cesárea foi de 72,70%, sendo o mais comum entre os prontuários analisados. O parto cesariano quando não indicado corretamente, traz inúmeros riscos, como aumento da probabilidade de surgimento de problemas respiratórios para o recém-nascido e grande risco de morte materna e infantil (BRASIL, 2016).

Gráfico 2. Tipo de parto.

Cerca de 45,45% das gestantes apresentaram obesidade na gestação, sendo que dentro dessa porcentagem, apenas uma gestante teve ganho ponderal ideal. Das gestantes que estavam com IMC adequado, três tiveram um ganho ponderal abaixo do ideal.

O resultado encontrado foi superior ao estudo feito por Stulbach (2007) com ganho ponderal foi de 37% nas 141 gestantes acompanhadas sendo classificadas em ganho de peso excessivo de acordo com o recomendado pelo IOM/OMS (1998).

Uma outra informação importante é que nenhuma das gestantes eram acompanhadas por nutricionista. Compete ao nutricionista prescrever dietas, bem como realizar assistência e educação nutricional aos indivíduos e à coletividade. (CFN, 2007). De acordo com Lei Nº 8.234, de 17 de setembro de 1991, no artigo 3º é atividade privativa do nutricionista, inciso VII - assistência e educação nutricional e coletividades ou indivíduos, sadios ou enfermos, em instituições públicas e privadas e em consultório de nutrição e dietética.

Tabela 2. Avaliação do estado nutricional das gestantes participantes ao iniciarem o pré-natal e ao final da gestação.

Gestante	IMC (k/m ²) Pré-gestacional	IMC (Classificação)	Ganho ponderal (Kg)	Ganho ponderal (classificação)
1	21,00	Adequado	15	Ideal
2	22,60	Adequada	8,2	Abaixo do ideal
3	35,54	Obesidade	10,2	Acima do ideal
4	31,98	Obesidade	9,4	Acima do ideal
5	21,75	Adequado	14	Ideal
6	25,20	Adequado	12,8	Ideal
7	31,18	Obesidade	18,5	Acima do ideal
8	31,02	Obesidade	4,4	Ideal
9	34,40	Obesidade	9,1	Acima do ideal
10	24,62	Adequado	6,2	Abaixo do ideal
11	24,13	Adequado	9,2	Abaixo do ideal

A conduta desta E.S.F. é a solicitação de um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação. Os resultados dos exames bioquímicos revelaram que 36,36% das gestantes que apresentaram um baixo resultado de HB e HT não conseguiram melhorar no intervalo de um exame e outro, tendo um aumento de 36,36% para 45,45% no segundo exame. Em relação aos valores de glicose em jejum tiveram apenas dois resultados abaixo do normal (Tabela 3).

Comparando os resultados, observou-se que o valor encontrado neste estudo é superior ao descrito no estudo de Guerra *et al.* (1990) com uma prevalência de anemia no primeiro trimestre foi de 3,6% das gestantes de primeiro trimestre, 20,9% das de segundo trimestre e 32,1%, de terceiro trimestre.

Quanto aos valores de glicose, pode-se observar que não houve complicações de diabetes gestacional com as gestantes acompanhadas.

Tabela 3. Exames bioquímicos durante o acompanhamento do pré-natal.

Gestante	HB T1	HB T2	HT T1	HT T2	Glicose T1	Glicose T2
1	Adequado	Adequado	Adequado	Abaixo	Adequado	Adequado
2	Abaixo	Abaixo	Abaixo	Abaixo	Adequado	Abaixo
3	Adequado	Abaixo	Adequado	Abaixo	Adequado	Adequado
4	Adequado	Abaixo	Adequado	Adequado	Adequado	Adequado
5	Adequado	Adequado	Adequado	Adequado	Adequado	Adequado
6	Abaixo	Abaixo	Abaixo	Adequado	Adequado	Adequado
7	Adequado	Adequado	Adequado	Adequado	Adequado	Adequado
8	Adequado	Adequado	Adequado	Acima	Adequado	Adequado
9	Adequado	Adequado	Adequado	Adequado	Adequado	Adequado
10	Abaixo	Abaixo	Abaixo	Abaixo	Adequado	Adequado
11	Abaixo	Abaixo	Adequado	Abaixo	Adequado	Abaixo

HB= Hemoglobina; HT= Hematócrito; T1= 1º exames; T2= 2º exames

Na tabela 5, consta o período que ocorreu a suplementação de ácido fólico e sulfato ferroso pelas gestantes. Cerca de 54,54% das gestantes iniciaram o uso de ácido fólico no primeiro mês de gestação. Conforme apresentado na tabela, o início da suplementação com ácido fólico teve maior porcentagem entre o segundo e o quarto mês.

Todas as gestantes acompanhadas fizeram o uso de ácido fólico e sulfato ferroso durante a gestação. O ácido fólico foi iniciado na primeira consulta de pré-natal, quatro gestantes param o uso do ácido fólico na 3ª consulta, duas gestantes param na 4ª consulta, duas pararam na 2ª consulta e as outras três gestantes pararam o uso cada uma na 2ª, 5ª e 7ª consulta.

Enquanto que o sulfato ferroso, os resultados mostraram que a maioria das gestantes iniciou a partir da data em que as gestantes levaram os exames bioquímicos, as que apresentaram HB e HT adequado não foi prescrito o sulfato ferroso na consulta, só após algumas consultas e em alguns casos, quando o resultado do segundo exame foi analisado. Apenas para 2 gestantes foi prescrito sulfato ferroso antes do resultado dos exames. Para três gestantes foi prescrito polivitamínico no lugar do sulfato ferroso e ácido fólico, duas tomaram até a data da última consulta (G2 e G11) e a outra gestante parou na 12ª consulta (G6). A G10 segundo relato em prontuário, não conseguia tomar o ácido fólico e sulfato ferroso, sendo prescrito ferro injetável endovenoso (sacarato de hidróxido férrico 100mg/5 ml diluído no soro) já que a gestante apresentava diminuição no HB e HT.

Tabela 5. Início da suplementação com sulfato ferroso e ácido fólico.

Mês	Sulfato ferroso		Ácido fólico	
	N	%	N	%
1 ^o	1	9,09%	6	54,54%
2 ^o	3	27,27%	3	27,27%
3 ^o	2	18,18%	1	9,09%
4 ^o	3	27,27%	1	9,09%
5 ^o	1	9,09%		
Total	11	100%	11	100%

No Brasil, são desenvolvidas ações de suplementação profilática com sulfato ferroso desde 2005. O Programa Nacional de Suplementação de Ferro consiste na suplementação profilática de ferro para todas as gestantes ao iniciarem o pré-natal, independentemente da idade gestacional até o terceiro mês pós-parto, e na suplementação de gestantes com ácido fólico (BRASIL, 2013). Todas as gestantes fizeram uso de suplementação no decorrer da gestação, houve gestante que não se adaptou com a suplementação distribuída pela E.S.F. sendo prescrito polivitamínicos. Todas as gestantes do estudo, receberam orientação e prescrição médica quanto ao uso do sulfato ferroso pós-parto, algumas receberam na primeira consulta de puericultura com o clínico geral da E.S.F. e outras já vieram da maternidade com a prescrição. Como algumas gestantes tiveram dificuldade em ingerir o sulfato ferroso, foi prescrito o Combiron® e Noripurum®.

Quanto a alimentação oferecida ao RN foi o seio materno exclusivo em 90,90% (n=10) e apenas uma criança foi alimentada com fórmula infantil (Tabela 4). Os dados da puericultura mostraram que apenas uma criança tinha baixo peso as demais eram eutrófica em relação ao peso por idade, apresentado na tabela 4. Em um estudo feito por Gigante (1999), cerca de 25% das crianças foram desmamadas antes de completar o primeiro mês de vida, já no presente estudo pode ser observado que das 11 crianças, cerca de 9,09% foi desmamada antes do primeiro mês de vida.

Tabela 4. Estado nutricional das crianças na primeira consulta de puericultura.

Gestante	Peso	Idade (dias)	Peso por idade (escore-z)	Classificação
1	3065kg	16	-1,48	Adequado
2	3460kg	12	-0,33	Adequado
3	4610kg	9	1,85	Adequado
4	3800kg	12	0,24	Adequado
5	3195kg	11	-0,87	Adequado
6	3175kg	10	-0,80	Adequado
7	3365kg	14	-0,69	Adequado
8	3100kg	23	-2,05	Baixo peso
9	3260kg	14	-0,89	Adequado
10	3505kg	9	-0,11	Adequado
11	3230kg	12	-0,95	Adequado

4. CONCLUSÃO

A partir deste estudo, pode se concluir que houve um ganho ponderal inadequado entre as gestantes atendidas no PSF de Resende – RJ. O perfil destas gestantes mostrou uma boa adesão ao comparecimento das consultas de pré-natal, predomínio do parto cesáreo e da idade gestacional termo. Enquanto que o perfil dos neonatos houve predomínio do aleitamento materno exclusivo e adequação do peso por idade. Quanto à suplementação de ácido fólico e ferro, teve uma baixa adesão no consumo destes suplementos com medida profilática durante toda a gestação. Com relação aos exames bioquímicos, observou-se que comparado com outro estudo, houve um aumento no número de gestantes com anemia no terceiro mês de gestação.

Não há dúvidas da necessidade de abrangência de programas, dedicados ao acompanhamento nutricional, cabendo, portanto, ao nutricionista a habilitação para aplicar as condutas, orientações corretas e suficientes nessa fase importante do ser humano, a maternidade. A alimentação da mãe pode influenciar diretamente na saúde dela e do bebê, sendo assim a presença do nutricionista no decorrer do acompanhamento do pré-natal é indispensável e reforça a necessidade de uma assistência que agrega um conjunto de ações proporcional ao estado social e econômico da sociedade. Tal medida pode resguardar a saúde e qualidade de vida para a mãe e o filho.

REFERÊNCIAS

ATALAH, E. et al. **Validation of a new chart for assessing the nutritional status during pregnancy**. First draft, 1999.

BRASIL. **Lei no 8.234, de 17 de setembro de 1991**. Acesso em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1989_1994/l8234.htm>, 08 de abril de 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Ministério lança protocolo com diretrizes para parto cesariana**. 04 de abril de 2016. Portal Ministério da Saúde. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/22946-ministerio-lanca-protocolo-com-diretrizes-para-parto-cesariana>. Acesso em: 08/04/2019.

_____. Ministério da Saúde. **Orientação Para a Coleta e Análise de Dados Antropométricos em Serviços de Saúde**. Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional-SISVAN. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 570, de 1º de junho de 2000**. Brasília: 2000. Acesso em :<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0570_01_06_2000_rep.html>, 10/04/2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Suplementação de Ferro: manual de condutas gerais** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pré-Natal e Puerpério Atenção Qualificada e Humanizada**. Brasília, Ministério da Saúde, 2005.

_____. SISVAN- **Curvas de crescimento da Organização Mundial da Saúde-OMS**. http://nutricao.saude.gov.br/sisvan.php?conteudo=curvas_cresc_oms. Acessado: 03/04/19.

GIGANTE, D. P.; VICTORA, C. G; BARROS, F. C. Nutrição materna e duração da amamentação em uma coorte de nascimento de Pelotas, RS. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 259-265, Junho, 2000.

GUERRA, E. M.; et al. Prevalência de Anemia em Gestantes de Primeira Consulta em Centros de Saúde de Área Metropolitana, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 24, n. 5, p. 380-386, outubro. 1990.

GUIMARÃES, E. A. A. et al. Prevalência e fatores associados à prematuridade em Divinópolis, Minas Gerais, 2008-2011: análise do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v. 26, n. 1, p. 91-98, 2017.

MELO, ASO. ASSUNÇÃO, PL. GONDIM, SSR. CARVALHO, DF. AMORIM, MMR. BENICIO, MHA. CARDOSO, MAR. Estado Nutricional Materno, Ganho De Peso Gestacional E Peso Ao Nascer. **Rev. Brasileira Epidemiológica**; v. 10, n.2. p.249-57, 2007.

RIBEIRO, NCL. Gravidez na Adolescência e Obesidade: Uma Revisão Bibliográfica Acerca de Duas Questões Complexa para a Saúde da Mulher. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS: CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA. Campos Gerais- MG, 2013. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4058.pdf>. Acesso em: 08/04/19.

Saúde da Mulher e da Criança: CFM Recomenda o Uso de Ácido Fólico Para Gestantes, Conselho Federal de Medicina, 2013. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=24374:saud-e-da-mulher-e-da-crianca-cfm-recomenda-o-uso-de-acido-folico-para-gestantes&catid=3 . Acesso em: 03/04/2019.

SBRUSSI, M.; CENCI, I.; MENEGAT, V.; DALLA'GNOL, A.; SPINATO, G. NUTRIÇÃO NA GESTAÇÃO. **Anais de Medicina**, v. 1, n. 1, p. 28, 20 de Maio 2014.

STULBACH, TE. BENÍCIO, MHA. ANDREZZA, R. KONO, S. Determinantes do Ganho Ponderal Excessivo Durante a Gestação em Serviço Público de Pré-Natal de Baixo Risco. **Rev. Brasileira de Epidemiologia**. V.10, n.1, p. 99-108. 2007.

WHO. World Health Organization. **Iron deficiency anaemia: assessment, prevention, and control: a guide for programme managers**. Geneva: WHO; 2001.

Disponível em :

https://www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/anaemia_iron_deficiency/e73102/en/. Acesso em: 03/04/2019.