

PROTOCOLO

HUAB-UFRN/EBSERH

Protocolo de Condutas Nutricionais em Obstetrícia

Versão: 02 | 2025



SUMÁRIO

1. OBJETIVO	4
2. JUSTIFICATIVA	4
3. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES	4
4. SISTEMATIZAÇÃO DO CUIDADO DE NUTRIÇÃO	6
4.1 Triagem nutricional	7
4.1.1. Preenchimento da triagem nutricional aplicada no puerpério imediato	7
4.2 Níveis de Assistência de Nutrição.....	9
4.2.1. O cuidado nutricional.....	11
5. AVALIAÇÃO NUTRICIONAL	12
5.1. História clínica	12
5.2 História alimentar e nutricional.....	12
5.3 Exame físico.....	14
5.4 Avaliação antropométrica	15
5.4.1 IMC pré-gestacional	15
5.4.2 IMC atual	17
5.4.3 Ganho de peso gestacional	17
6. DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL	18
7. TERAPIA NUTRICIONAL	19
8. NECESSIDADES NUTRICIONAIS	19
8.1 Recomendações energéticas.....	19
8.2 Recomendações de macronutrientes	22
9. ALEITAMENTO MATERNO	23
9.1 Contraindicações para o aleitamento materno	23
9.2 Orientação da técnica de amamentação	23
10. REGISTRO NO PRONTUÁRIO	24
11. ALTA NUTRICIONAL	25
12. MONITORAMENTO	25
13. REFERÊNCIAS	26
14. HISTÓRICO DE REVISÃO	29
15. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO	29
ANEXOS	30

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AGHUX	Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários
AM	Aleitamento materno
AME	Aleitamento materno exclusivo
AMM	Aleitamento materno misto
CFN	Conselho Federal de Nutricionistas
CPN	Centro de Parto Normal
EMTN	Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional
HUAB	Hospital Universitário Ana Bezerra
NANs	Níveis De Assistência De Nutrição
PNHOSP	Política Nacional de Atenção Hospitalar
PPP	Pré-parto, Parto e Puerpério
RN	Recém-nascido
UMULTI	Unidade Multiprofissional

1. OBJETIVO

- Disponibilizar informações sobre o manejo clínico-científico adotado pela equipe de Nutrição Clínica, da Unidade Multiprofissional (UMULTI), do Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB), na atenção e cuidado nutricional às mulheres internadas nos leitos destinados à obstetrícia: Alojamento Conjunto; Pré-parto, Parto e Puerpério (PPP) e Centros de Parto Normal (CPN);
- Nortear os profissionais nutricionistas do HUAB, assim como discentes de graduação e nutricionistas residentes, sobre as condutas e sistematizar o seguimento do acompanhamento nutricional, bem como o uso de ferramentas de triagem e avaliação do risco nutricional em obstetrícia;
- Abordar as atribuições do profissional nutricionista nas enfermarias da obstetrícia, desde a admissão até a alta hospitalar, no tocante à avaliação antropométrica, acompanhamento nutricional e dietético.

2. JUSTIFICATIVA

Protocolos são as rotinas dos cuidados e das ações de gestão de um determinado serviço, equipe ou departamento, elaborados a partir do conhecimento científico atual, respaldados em evidências científicas, por profissionais experientes e especialistas em uma área e que servem para orientar fluxos, condutas e procedimentos clínicos dos trabalhadores dos serviços de saúde (WERNECK, FARIA, CAMPOS; 2009).

O cuidado recebido e comprovado pelo paciente/cliente é o somatório de grande número de atendimentos, que devem ser complementares, de maneira articulada. O nutricionista é inserido na equipe multiprofissional e enfrenta, no seu dia a dia, as limitações inerentes ao tempo versus número de pacientes sob seus cuidados (ASBRAN, 2014).

Uma complexa trama de ações é prevista e pode ser organizada por meio de sistematizações do cuidado de nutrição. Para Pedroso, Sousa e Salles (2011), o termo ideal é “cuidado alimentar e nutricional”, uma vez que para a efetivação do cuidado é necessário um conjunto de ações integradas entre os setores de produção de refeições e de atendimento clínico-nutricional (PEDROSO; SOUSA; SALLES, 2011; ASBRAN, 2014).

As ações consistem em estratégias coletivas não só em saúde e nutrição, mas que envolvam a realização dos profissionais envolvidos pela oportunidade de interação e aprendizagem mútuas no trabalho. No ambiente hospitalar, o nutricionista tem o objetivo de prover o cuidado de nutrição do paciente desde o momento da admissão até sua alta hospitalar.

3. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES

De acordo com a Resolução do CFN nº600, de fevereiro de 2018, compete ao nutricionista, no exercício de suas atribuições em Nutrição Clínica: prestar assistência nutricional e dietoterapia; promover educação nutricional; prestar auditoria, consultoria e assessoria em nutrição e dietética; planejar, coordenar, supervisionar e avaliar estudos dietéticos; prescrever suplementos nutricionais; solicitar exames laboratoriais; prestar assistência e treinamento especializado em

alimentação e nutrição a coletividades e indivíduos, sadios e enfermos, em instituições públicas e privadas, em consultório de nutrição e dietética e em domicílio.

Para realizar as atribuições de nutrição clínica, subárea Assistência Nutricional e Dietoterápica em Hospitais e Clínicas em geral, o nutricionista deverá desenvolver as seguintes atividades obrigatórias destacadas no quadro 1 (CFN, 2018).

Quadro 1. Atividades obrigatórias do nutricionista clínico na assistência nutricional e dietoterápica.

1	Estabelecer e executar protocolos técnicos do serviço, segundo níveis de assistência nutricional, de acordo com a legislação vigente;
2	Elaborar o diagnóstico de nutrição;
3	Elaborar a prescrição dietética, com base nas diretrizes do diagnóstico de nutrição e considerando as interações drogas/nutrientes e nutrientes/nutrientes;
4	Registrar em prontuário dos clientes/pacientes/usuários a prescrição dietética e a evolução nutricional, de acordo com protocolos preestabelecidos pela equipe de Nutrição Clínica;
5	Realizar orientação nutricional na alta dos clientes/pacientes/usuários, estendendo-a aos cuidadores, familiares ou responsáveis, quando couber;
6	Orientar e supervisionar a distribuição de dietas orais e enterais, verificando o percentual de aceitação, infusão e tolerância da dieta;
7	Interagir com nutricionistas responsáveis pela produção de refeições, definindo procedimentos em parceria;
8	Elaborar relatórios técnicos de não conformidades, impeditivas da boa prática profissional e que coloquem em risco a saúde humana, encaminhando-os ao superior hierárquico e às autoridades competentes, quando couber.

Fonte: CNF, 2018.

Para realizar as atribuições de Nutrição Clínica, ficam definidas como atividades complementares do nutricionista:

Quadro 2. Atividades complementares do nutricionista clínico na assistência nutricional e dietoterápica.

1	Solicitar exames laboratoriais necessários ao acompanhamento dietoterápico, de acordo com protocolos preestabelecidos pela equipe de Nutrição Clínica.
2	Prescrever suplementos nutricionais, bem como alimentos para fins especiais e fitoterápicos, em conformidade com a legislação vigente, quando necessário.
3	Promover ações de educação alimentar e nutricional para clientes/pacientes/usuários, cuidadores, familiares ou responsáveis.
4	Realizar e divulgar estudos e pesquisas relacionados à sua área de atuação, promovendo o intercâmbio técnico-científico.
5	Participar do planejamento e supervisão de estágios para estudantes de graduação em nutrição e de curso técnico em nutrição e dietética e programas de aperfeiçoamento para profissionais de saúde, desde que sejam preservadas as atribuições privativas do nutricionista.
6	Participar do processo de acreditação hospitalar e da avaliação da qualidade em serviços de Nutrição Clínica.
7	Integrar a Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN), quando houver, conforme legislação vigente.
8	Interagir com a equipe multiprofissional, definindo com esta, sempre que pertinente, os procedimentos complementares à prescrição dietética

Fonte: CNF, 2018.

4. SISTEMATIZAÇÃO DO CUIDADO DE NUTRIÇÃO

Os cuidados relativos à alimentação e à nutrição, voltados à promoção e proteção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de agravos, devem estar associados às demais ações de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), contribuindo para a conformação de uma rede integrada, resolutiva e humanizada de cuidados como preconizado pela Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) com relação à estruturação da assistência hospitalar, adoção de diretrizes terapêuticas e protocolos clínicos para garantir intervenções seguras e resolutivas, além de evitar ações desnecessárias (ASBRAN, 2014).

Uma proposta de sistematização do cuidado de nutrição, a fim de otimizar tempo e recursos, é composta por etapas que podem nortear o nutricionista no atendimento de nutrição em nível hospitalar para avaliação do estado nutricional do paciente; identificação de metas terapêuticas; escolha das intervenções a serem implementadas; identificação das orientações necessárias ao paciente; formulação de um plano de avaliação, devidamente documentado (ASBRAN, 2014), conforme as etapas a seguir.

4.1 Triagem nutricional

A triagem nutricional é a primeira etapa que tem como objetivo identificar fatores de risco e determinar se o paciente está em risco nutricional, para que possam ser instituídas medidas de intervenção nutricional mais precocemente, sinalizando pacientes que poderiam beneficiar-se da terapia nutricional. A triagem deve ser um procedimento rápido, executado pela equipe multidisciplinar de saúde que realiza a admissão hospitalar, previamente treinada. Também pode ser aplicada pelo paciente (autoaplicada) ou por seus familiares, na qual cada item contém uma pontuação cuja somatória dos pontos identifica o risco de desnutrição (ASBRAN, 2014).

Diante da relevância desta prática, é importante que seja realizada a triagem nutricional nas primeiras 48h da admissão hospitalar do paciente. Para tal, a equipe de Nutricionistas do HUAB elaborou um instrumento de triagem nutricional a ser aplicado no puerpério imediato, adaptado à realidade da Unidade, com base em ferramentas validadas, para triar o risco nutricional do binômio mãe-bebê, sobretudo no tocante ao risco de não aleitamento materno (Anexo 1).

4.1.1. Preenchimento da triagem nutricional aplicada no puerpério imediato

As instruções para o preenchimento do mapa de dietas da equipe de nutrição clínica e aplicação da triagem aplicada ao binômio mãe-bebê, no puerpério imediato, estão listadas a seguir:

- Observação das pacientes admitidas e inclusão das mesmas no mapa de dietas da UNC (ver quadro nas enfermarias e prontuários);
- Identificação dos dados pessoais, tipo e hora do parto. Utilizar sempre nome completo no mapa para identificação, a fim de contribuir com a segurança do paciente;
- Para partos cesarianos, colocar no mapa os horários prescritos para toda a evolução da dieta, até a consistência livre, conforme prescrição médica;
- A coleta de dados da paciente e do seu recém-nascido deve ser feita em prontuário, prescrição médica, caderneta da gestante e do recém-nascido;
- Para triagens feitas por estagiários, colocar a identificação “estagiário” antes do nome no campo “Nutricionista”;
- Todas as triagens devem ser revisadas, assinadas e carimbadas por nutricionistas (do quadro técnico ou residentes) e posteriormente anexada no prontuário da paciente;
- Após a visita à paciente e preenchimento da triagem, as informações devem ser repassadas para o mapa do setor e adicionada como produtividade do dia. Checar se as mesmas informações constam nas etiquetas de dietas.

- A escala de cores de acordo com o nível de assistência (Kanbam) deve ser utilizada no mapa para identificação do risco das puérperas e/ou dos recém-nascidos (RNs). A cor verde indica baixo risco nutricional; a cor amarela, médio risco nutricional e a cor vermelha, alto risco nutricional. Em caso de risco divergente entre puérpera e RN, prevalece a marcação de cores do maior risco.

- Etapa 1 – Triagem inicial (ou Estado nutricional pré-gestacional)

- Fazer a classificação do estado nutricional pré gestacional da paciente pelos dados coletados na caderneta da gestante. Caso haja algum campo em branco, questionar a paciente se ela sabe informar (a altura, por exemplo) e considerar o dado referido;
- Observar se o ganho ponderal da puérpera no período gestacional foi ou não adequado;
- Questionar a paciente se na última semana houve alguma redução na ingestão alimentar;
- Questionar a paciente se durante/pós a gestação, a mesma apresentou alguma comorbidade ou intercorrências clínicas.

- Etapa 2 – Avaliação final

- Se obtiver a resposta “Sim” para uma das perguntas na etapa 1, realizar a avaliação final;
- Classificar a situação nutricional comprometida em relação ao estado nutricional, de acordo com as respostas das perguntas anteriores;
- Se apresentou alguma comorbidade ou intercorrências clínicas, classificar qual gravidade da doença;
- Classificar o risco nutricional da puérpera, de acordo com a soma de pontos das etapas 1 e 2. Baixo risco nutricional de 0 – 1 pontos; médio risco de 2 – 3 pontos e a soma maior que 3 pontos, alto risco nutricional.

- Etapa 3 – Risco de AME (aleitamento materno exclusivo)

- Classificar o AM atual do RN; Marcar os RNs que estão ou não em AME, ou quando houver aleitamento misto ou ausência de aleitamento;
- Se em AMM ou ausência do aleitamento, assinalar se há ou não intercorrências com o binômio e marcar o motivo que leva o RN a não estar em AME;
- Questionar a puérpera sobre a pega/sucção do RN, para identificar um possível risco a AM;
- Observar a prática do aleitamento materno, segurança materna, questionar e avaliar os mamilos, mamas e o fluxo lácteo da puérpera; Em caso de RNs com necessidade de complemento, fazer comunicação com a nutricionista e/ou residente e com a lactarista responsável e atualizar as prescrições de complemento;
- Classificar o risco de AMM do RN, de acordo com a etapa 3. Baixo risco nutricional de 0 – 3 pontos; médio risco de 4 – 5 pontos e a soma maior/igual que 6 pontos, alto risco

nutricional.

4.2 Níveis de Assistência de Nutrição

Os níveis de assistência de nutrição (NANs) compreendem a categorização dos procedimentos realizados, de acordo com o grau de complexidade das ações do nutricionista, executadas no atendimento ao paciente em ambiente hospitalar (ASBRAN, 2014). Os pacientes, após a triagem nutricional, são classificados em níveis de assistência (de 1 a 3), de acordo com a gravidade do caso (BRASPEN, 2016).

Na obstetrícia, as ações no atendimento de nutrição deverão ser realizadas conforme o perfil do paciente e nível de assistência nutricional em que se encontra (Quadro 3), definidos através da triagem modelo aplicada na primeira etapa.

Quadro 3. Modelo de classificação dos NANs.

Níveis de Assistência de Nutrição	Perfil do paciente	Ações no atendimento
<p>Assistência Nutricional Primária (NAN I)</p>	<p>Gestantes, puérperas e/ou recém-nascidos sem risco nutricional, que não apresentem intercorrências clínicas e que não necessitem de tratamento dietoterápico específico em estado nutricional adequado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Visita admissional em 24h com aplicação da triagem nutricional para avaliação global do estado nutricional pré-gestacional e atual de acordo com as informações contidas no cartão da gestante e da criança, ganho de peso gestacional identificação de alergias, intolerâncias e aversões alimentares, sintomas gastrintestinais, funções eliminatórias, ingestão alimentar e ingestão hídrica. Avaliação das características relacionadas à fisiologia da lactação no pós-parto e a presença ou não de intercorrências; - Planejamento dietético após análise da prescrição médica; - Orientação nutricional sobre alimentação saudável e aleitamento materno; - Registro em prontuário com as informações coletadas, diagnósticos e condutas nutricionais adotados. - Visitas de retorno: monitoramento da aceitação da dieta, hidratação, funcionamento intestinal e identificação de intercorrências

		clínicas ou relacionadas ao aleitamento materno, em até 7 dias.
Assistência Nutricional Secundária (NAN II)	Gestantes, puérperas e/ou recém-nascidos em médio risco nutricional, incluindo aqueles cuja doença de base demanda dietoterapia, porém sua condição nutricional é estável. Ou aqueles que a doença de base ou problema não exija cuidados dietoterápicos específicos, porém apresentam riscos nutricionais relacionados à ingestão alimentar, dificuldades na amamentação ou alguma alteração no estado nutricional.	<ul style="list-style-type: none"> - Visita admissional em 24h com aplicação da triagem nutricional para avaliação global do estado nutricional pré-gestacional e atual de acordo com as informações contidas no cartão da gestante, ganho de peso gestacional identificação de alergias, intolerâncias e aversões alimentares, sintomas gastrintestinais, funções eliminatórias, ingestão alimentar e ingestão hídrica. Avaliação das características relacionadas à fisiologia da lactação no pós-parto e a presença ou não de intercorrências; - Planejamento dietético após análise da prescrição médica; - Orientação nutricional com base no diagnóstico nutricional; - Registro em prontuário com as informações coletadas, diagnósticos e condutas nutricionais adotados; - Visitas de retorno: monitoramento da aceitação da dieta, hidratação, funcionamento intestinal e identificação de intercorrências clínicas ou relacionadas ao aleitamento materno, em até 72 horas (3 dias) com reavaliação do estado nutricional.
Assistência Nutricional Terciária (NAN III)	Gestantes, puérperas e/ou recém-nascidos com risco nutricional e portadores de doenças consumptivas e/ou condições que exijam tratamento nutricional específico (Doenças cardiovasculares, Diabetes mellitus, Insuficiência Hepática, Insuficiência Renal, Transtornos Alimentares, Obesidade grau III,	<ul style="list-style-type: none"> - Visita admissional em 24h com aplicação da triagem nutricional para avaliação global do estado nutricional pré-gestacional e atual de acordo com as informações contidas no cartão da gestante e da criança, ganho de peso gestacional identificação de alergias, intolerâncias e aversões alimentares, sintomas gastrintestinais, funções eliminatórias, ingestão alimentar e ingestão hídrica. Avaliação das características relacionadas à fisiologia da lactação no pós-parto e a presença ou não de intercorrências; - Planejamento dietético após análise da prescrição médica, elaboração de prescrição

	<p>Alergias, Doenças Inflamatórias, Intolerâncias, Doenças Intestinais, Doenças neurológicas, prematuridade, cirurgias, desnutrição, com ganho ou perda de peso excessivos, DHEG, depressão pós- parto, RNs em AMM ou não amamentados com alterações no estado nutricional ao nascer, etc).</p>	<p>dietética qualitativa ou quantitativa para o âmbito de internação hospitalar de acordo com as características clínicas e individuais;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Orientações nutricionais gerais e específicas durante a internação e alta hospitalar com base no diagnóstico nutricional e encaminhamento para o ambulatório de nutrição, quando necessário; - Registro em prontuário com as informações coletadas, diagnósticos e condutas nutricionais adotados, diariamente. - Visitas de retorno: monitoramento diário da aceitação da dieta, pressão arterial, hidratação, funcionamento intestinal e identificação de intercorrências clínicas ou relacionadas ao aleitamento materno, com reavaliação nutricional entre 3 e 7 dias.
--	---	---

Fonte: adaptada da ASBRAN (2014).

4.2.1. O cuidado nutricional

O processo de cuidado nutricional consiste em um grupo de atividades realizadas com o objetivo de identificar as necessidades nutricionais do paciente e prestar os cuidados necessários para atingir estas necessidades. O tipo de cuidado nutricional depende de fatores como presença e tipo da doença, ambiente, fase de vida do indivíduo e suas condições socioeconômicas, que envolve:

- I. Avaliação e reavaliação completa do estado nutricional e da história alimentar do indivíduo, além de realizar toda a anamnese nutricional, para possibilitar a identificação dos problemas nutricionais;
- II. Diagnóstico nutricional;
- III. Planejamento e priorização da intervenção nutricional para atingir estas necessidades;
- IV. Avaliação dos resultados dos cuidados nutricionais.

5. AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

5.1. História clínica

A história clínica envolve dados sobre o histórico médico do paciente. As principais informações a serem obtidas são: motivo da internação, principais queixas, sinais e sintomas gastrointestinais, histórico de doenças prévias e condição de saúde atual, cirurgias passadas ou recentes, histórico de doenças e causas de mortes na família, uso de medicamentos.

5.2. História alimentar e nutricional

A avaliação do consumo alimentar, tanto qualitativo quanto quantitativo, também envolve o entendimento da relação da alimentação com a doença e suas manifestações clínicas e com o estado nutricional do paciente. É importante incluir informações referentes ao aleitamento materno.

A história alimentar é parte da anamnese nutricional e se refere à avaliação do período anterior a internação atual do paciente, que nos fornece informações importantes e fundamentais para programar a intervenção nutricional (Quadro 4).

Quadro 4. Aspectos da anamnese para avaliação nutricional são:

Identificação do paciente	Nome, naturalidade, procedência, endereço e telefone de contato, etc.
Motivo da internação	Trabalho de parto, intercorrências no puerpério (sinais e sintomas).
História clínica pregressa	Detalhes sobre a existência de alguma patologia decorrente ou não da gestação ou complicações em partos anteriores, fatores relacionados ao estado nutricional atual.
História familiar	Avaliar história clínica na família e relacionar com a história atual e pregressa do paciente.
Histórico socioeconômico	Ocupação atual e empregos anteriores. Escolaridade. Renda familiar e renda per capita. Condições de moradia. Número de indivíduos que trabalham na família e auxiliam nas despesas. Número de pessoas que residem na mesma casa. Casa própria ou alugada. Número de cômodos. Saneamento básico e água tratada. Recursos domésticos (geladeira, liquidificador, fogão, etc.)

Uso de medicamentos ou suplementação de vitaminas e minerais.	Nome do medicamento ou suplemento, tempo de uso e quantidade. Investigar interação droga-nutriente.
Hábito intestinal e urinário	Frequência, última evacuação e características das fezes. Uso de laxantes, coloração e frequência da urina.
História do peso corporal	Estado nutricional pré-gestacional, ganho de peso total na gestação (classificando se este foi insuficiente, adequado ou excessivo). Investigar a presença de doenças ou alteração no consumo alimentar que apresentem relação com o ganho/perda de peso
Ingestão hídrica	Quantidade de líquidos (água, suco, sopas, leite, etc.) ingeridos ao dia.
Apetite	Alterações no apetite associadas às mudanças no peso corporal. Tipo de alteração ocorrida (aumento/redução ou mudança qualitativa), motivação desta alteração de apetite.
Sintomas relacionados a alimentação e sintomas do trato gastrointestinal	Náuseas, vômitos, desconforto GI, plenitude gástrica ou empachamento relacionado ou não ao consumo de alimentos específicos ou à patologia em questão. Restrições alimentares secundárias a sintomas GI.
Atividades que envolvam gasto de energia	Prática de atividade física (tempo de prática, tipo, duração e frequência). Atividades profissionais que envolvam gasto de energia (tipo, duração e frequência).
Avaliação do consumo alimentar	Informações sobre o consumo alimentar habitual prévio à internação. Investigar tipo de alimento consumido, quantidade em medidas caseiras, horário, local e com quem faz as refeições. Frequência de consumo de alimentos (se houver, utilizar específica para a doença em questão). Informações adicionais: quem faz as compras, periodicidade das compras, lista de compras, quem prepara as refeições.

Durante a entrevista com a paciente, é importante atentar para alguns cuidados:

- Na avaliação do consumo alimentar (dieta habitual, frequência alimentar e disponibilidade de alimentos) é importante o cuidado com a abordagem para não induzir a paciente nas respostas e também para não a constranger, uma vez que se trata de uma população, muitas vezes, carente.
- Cuidado no momento de perguntar sobre o consumo de alimentos mais caros (carnes, leite e derivados, por exemplo). No momento da entrevista, não demonstrar sinal de surpresa ou reprovação para não inibir o relato da paciente. Investigar detalhadamente o consumo alimentar, especialmente em relação às quantidades, mas sem induzir as respostas.
- Averiguar se o consumo alimentar do dia avaliado foi ou não atípico. No caso da avaliação do consumo intrahospitalar, utilizar o método do Recordatório 24 horas ou do consumo habitual, e questionar sobre a ingestão de alimentos

5.3. Exame físico

São avaliadas as características do corpo do indivíduo, desenvolvimento motor para a alimentação e sinais vitais. A seguir, veremos o que deve ser avaliado no exame físico:

Quadro 5. Sinais e sintomas que devem ser observados nos pacientes.

EXAME GERAL: sinal de alerta, orientado, letárgico, comunicativo
CRÂNIO: alargamento frontal ou parcial, região occipital e parietal mole, fontanela anterior aberta.
CABELOS: normais, finos, ralos, facilmente arrancáveis, quebradiços, secos, despigmentados.
OLHOS: normais, fundos, conjuntiva pálida, sem brilho, manchas de Bitot na esclera, visão noturna deficiente.
NARIZ: seborréia ao redor das narinas, obstrução, pólipos, septo desviado.
LÁBIOS: normais, lesões, ulcerações, vermelhos, edemaciados, fissuras angulares, secos, rachados.
LINGUA: normal, papilas atróficas, edemaciadas, placas brancas, vermelhas, edemaciadas, saliva, disgeusia, hipogeusia.
GENGIVAS: normais, esponjosas, sangrantes, retraídas, com lesões.
DENTES: normais, ausentes, manchados, careados, mal-ocluídos, próteses.

PESCOÇO: normal, parótidas aumentadas, tireóide aumentada.
MAMAS: lactentes, macias, flácidas, ingurgitadas ou com presença de mastite.
MAMILOS: protusos, semi-protusos, plano, invertido, com ou sem presença de fissuras;
PELE: normal, lesões, pálida, fina, seca, quebradiça, petéquias, cicatrização, úlcera, hematomas.
UNHAS: normais, pálidas, sem brilho, finas, formato anormal, descoladas, listras hemorrágicas.
TÓRAX: normais, taquipnéia, emagrecimento, sibilos, deformidade, nódulos.
PULMÕES: normal, distensão venosa, taquicardia, edema.
ABDÔMEN: normal, obeso, náuseas, vômitos, distendido, obstipado, diarreia, dor, sons, ascite.
MÚSCULO-ESQUELÉTICO: reserva normal e perda de massa gordurosa e muscular, pernas curvadas, epífises aumentadas, articulações edemaciadas e dolorosas, força muscular, alteração de crescimento.
NEUROLÓGICO: normal, fraqueza motora, tremores, parestesia, reflexos e movimentos diminuídos, tetania, sensações vibratórias.

Fonte: Adaptado de Accioly (2009) e Vitolo (2003).

5.4 Avaliação antropométrica

A avaliação antropométrica é um recurso importante para a devida avaliação do estado nutricional da mulher gestante e ainda possibilita oferecer dados para o seu acompanhamento nutricional. O estado nutricional pré-gestacional define qual será a recomendação de ganho de peso a ser adotada durante a gestação (WHO, 2006).

5.4.1 IMC pré-gestacional

Para se obter o IMC pré-gestacional deve ser verificado no cartão da gestante o peso pré-gestacional e altura. Quando peso pré-gestacional não estiver disponível utilizar o menor peso antes da 13ª semana gestacional. Caso isso não seja possível, utilizar os dados da primeira consulta de pré-natal, mesmo que esta ocorra após há 13ª semana gestacional (WHO, 2006).

Calcular conforme descrito abaixo:

$$\text{IMC pré-gestacional} = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Altura(m)}^2}$$

A classificação do IMC para gestantes adultas deve ser realizada conforme indicado no quadro a seguir:

Quadro 7. Classificação do IMC pré-gestacional de mulheres adultas.

IMC (kg/m ²)	Classificação do IMC pré-gestacional
< 18,5	Baixo peso
≥ 18,5 e <25	Eutrofia
≥ 25 e <30	Sobrepeso
≥ 30	Obesidade

Fonte: OMS (1995).

Para a classificação do IMC de adolescentes gestantes, considera-se a determinação de IMC para idade de meninas entre 5 e 19 anos, de acordo com o percentil e o score z (Quadro 8; anexo 2) (WHO, 2007).

Quadro 8. Classificação do estado nutricional pré-gestacional de adolescentes gestantes.

Percentil	Score Z	Diagnostico Nutricional
< 3	< - 2	BAIXO PESO
≥ 3 e < 85	≥ - 2 E < +1	EUTROFIA
≥ 85 e < 97	≥ + 1 E < +2	SOBREPESO
≥ 97	≥ + 2	OBESIDADE

Fonte: WHO (2007).

5.4.2 IMC atual

Para se obter o IMC atual, deve-se verificar o último peso registrado na caderneta da gestante e a estatura, e calcular o IMC atual de acordo com a semana gestacional correspondente ao peso avaliado. Quando as informações necessárias não estiverem disponíveis na caderneta, pode-se utilizar o peso e a altura referidos pela gestante na visita ao leito.

A avaliação do estado nutricional de adolescentes é equivalente a das adultas, porém deve-se ter interpretação flexível, uma vez que essa classificação (IMC/IG) não foi validada para gestantes adolescentes.

Em seguida, localizar a semana gestacional, aplicar na curva de Atalah (anexo 3) e verificar inclinação ou não da curva e estado nutricional de acordo com o valor do IMC para a semana gestacional correspondente (Anexo 4).

5.4.3 Ganho de peso gestacional

Calcular o ganho de peso gestacional total, conforme indicado abaixo:

Ganho de peso total: PA (Peso Atual) - Peso PG (Peso Pré-gestacional)

Para a classificação do ganho de peso gestacional deve-se considerar a faixa de ganho adequado de acordo com o IMC pré-gestacional, conforme o quadro abaixo.

Quadro 9. Ganho de peso recomendado até 40 semanas de gestação conforme IMC pré gestacional

Estado nutricional pré-gestacional	Ganho de peso recomendado	Classificação de ganho de peso adequado
Baixo peso	9,7 – 12,2 kg	Entre P18 e P34
Eutrofia	8,0 – 12,0 kg	Entre P10 e P34
Sobrepeso	7,0 – 9,0 kg	Entre P18 e P27
Obesidade	5,0 – 7,2 kg	Entre P27 e P38

Fonte: adaptada de Brasil (2022).

O ganho de peso será considerado adequado se estiver dentro dos respectivos percentis para cada curva de ganho de peso, identificado pela faixa mais escura nos gráficos (Anexo 5). Caso esteja abaixo dos percentis acima, será considerado insuficiente, e considerado como ganho de peso excessivo quando acima da faixa.

Para adolescentes, considerar o mesmo gráfico de ganho de peso, porém a interpretação

deve ser flexível, uma vez que o gráfico de ganho de peso foi validado para avaliação de gestantes adultas.

A gestação gemelar requer maior ganho de peso devido, também, aumento das necessidades nutricionais. Seguem as recomendações de ganho de peso nas gestações múltiplas (Quadro 10; Quadro 11).

Quadro 10. Ganho de peso total para gestação gemelar.

Estado nutricional pré-gestacional	Ganho de Peso Recomendado	Ganho de peso no 1º Trimestre (Kg)	Ganho Médio Semanal Após 13ª Semana (Kg/Semana)
Baixo peso	16,8 – 24,5	2 – 3	0,58 – 0,67
Eutrofia	16,8 – 24,5	0,32/semana	0,58 – 0,67
Sobrepeso	14,1 – 22,7	0,2/semana	0,48 – 0,58
Obesidade	11,3 – 19,0	0,2/semana	0,40 – 0,50

Fonte: IOM (2009).

Quadro 11. Ganho de peso médio na gestação trigêmea e quadrigêmea

GANHO DE PESO MÉDIO (KG)	TRIGÊMEA	QUADRIGÊMEA
	20,5 – 23,0	20,8 – 31,0

Fonte: IOM; NRC, 2009.

O resultado da avaliação e reavaliação não é o risco nutricional, mas o diagnóstico em nutrição, que é uma ação realizada, exclusivamente, por um nutricionista e tem o objetivo de identificar a causa e resolver o problema (diagnóstico em nutrição). Portanto, é significativamente mais profunda e completa do que a triagem (rastreamento) e fornece a base para o diagnóstico em nutrição, que é o passo seguinte do processo, e direciona a intervenção.

6. DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL

O diagnóstico nutricional deverá ser delineado com base no Modelo do Processo de Cuidado em Nutrição, que padroniza a Terminologia do Processo do Cuidado em Nutrição, na qual todos os termos são escritos com as mesmas palavras, por todos os nutricionistas, promovendo a uniformização da documentação do cuidado e facilitando a comunicação entre nutricionistas e outros profissionais (ASBRAN; CFN, 2023).

O profissional deve selecionar um, dois ou, no máximo, três diagnósticos de cada vez, de acordo com a prioridade de intervenção imediata. Além disso, a intervenção deve ser planejada para cada diagnóstico de nutrição (ASBRAN, 2014), descritos no documento padronizado no Anexo 6.

O diagnóstico nutricional faz parte do cuidado nutricional e está entre a avaliação e a intervenção nutricional. É o diagnóstico que vai identificar a paciente sobre algum problema nutricional, que pode ser resolvido ou melhorado por meio da intervenção de um nutricionista.

7. TERAPIA NUTRICIONAL

É a conduta a ser adotada, baseando-se nos dados colhidos (dados objetivos e subjetivos analisados). Deve contemplar o tipo de dieta prescrita (especializada ou não, consistência, fracionamento, composição química, temperatura), plano de tratamento nutricional e de acompanhamento proposto.

Na conduta dietética deve-se considerar a condição clínica da paciente, presença de comorbidades, intolerâncias/alergias alimentares, alterações gastrointestinais, bem como apetite e adequação da ingestão calórica e de nutrientes. Para pacientes com ingestão inadequada de energia e nutrientes deve-se planejar uma terapia nutricional para suporte nutricional adequado, priorizando as puérperas e recém-nascidos classificados em alto risco e em nível terciário de assistência nutricional.

8. NECESSIDADES NUTRICIONAIS

8.1. Recomendações energéticas

Durante a gestação, comum a necessidade de um acréscimo calórico para apoiar o desenvolvimento dos novos tecidos maternos e fetais, prevenindo possíveis complicações para ambos. Esse aumento, conhecido como “deposição de energia”, é ajustado conforme o IMC da gestante:

- Gestantes com baixo peso: + 300 kcal/d
- Gestantes com peso adequado: + 200 kcal/dia
- Gestantes com sobrepeso: + 150 kcal/dia
- Gestantes com obesidade: + 50 kcal/dia

Quadro 12. Equações EER para Mulheres Grávidas Durante o 2º e 3º Trimestres da Gravidez.

ESTÁGIO	NAF	EER (kcal/dia)
2º e 3º trimestre da gravidez	Sedentário	$EER = 1,131.20 - (2.04 \times idade) + 0.34 \times altura) + (12.15 \times peso) + (9.16 \times gestação) + deposição de energia$
	Pouco ativo	$EER = 693.35 - (2.04 \times idade) + (5.73 \times altura) + (10.20 \times peso) + (9.16 \times gestação) + deposição de energia$
	Ativo	$EER = -223.84 - (2.04 \times idade) + (13.23 \times altura) + (8.15 \times peso) + (9.16 \times gestação) + deposição de energia$
	Muito ativo	$EER = -779.72 - (2.04 \times idade) + (18.45 \times altura) + (8.73 \times peso) + (9.16 \times gestação) + deposição de energia$

Fonte: IOM (2023).

Quadro 13. Equações EER para Mulheres e Meninas que amamentam.

Idade da mãe	Estágio pós parto	NAF	EER (kcal/dia)
<19 anos	0 a 6 meses (amamentação exclusiva)	Sedentário	$EER = 55.59 - (22.25 \times idade) + (8.43 \times altura) + (17.07 \times peso) + custo energético da produção de leite - mobilização de energia$
		Pouco ativo	$EER = -297.54 - (22.25 \times idade) + (12.77 \times altura) + (14.73 \times peso) + custo energético da produção de leite - mobilização de energia$
		Ativo	$EER = -189.55 - (22.25 \times idade) + (11.74 \times altura) + (18.34 \times peso) + custo energético da produção de leite - mobilização de energia$
		Muito ativo	$EER = -709.59 - (22.25 \times idade) + (18.22 \times altura) + (14.25 \times peso) + custo energético da produção de leite - mobilização de energia$
	7 a 12 (amamentação parcial)	Sedentário	$EER = 55.59 - (22.25 \times idade) + (8.43 \times altura) + (17.07 \times peso) + custo energético da produção de leite$
		Pouco ativo	$EER (kcal/d) = -297.54 - (22.25 \times idade) + (12.77 \times altura) + (14.73 \times peso) + custo$

			energético da produção de leite
		Ativo	$EER = -189.55 - (22.25 \times idade) + (11.74 \times altura) + (18.34 \times peso) + \text{custo energético da produção de leite}$
		Muito ativo	$EER = -709.59 - (22.25 \times idade) + (18.22 \times altura) + (14.25 \times weight) + \text{custo energético da produção de leite}$
19+ anos	0 a 6 meses (amamentação exclusiva)	Sedentário	$EER = 584.90 - (7.01 \times idade) + (5.72 \times altura) + (11.71 \times peso) + \text{custo energético da produção de leite} - \text{mobilização de energia}$
		Pouco ativo	$EER = 575.77 - (7.01 \times idade) + (6.60 \times altura) + (12.14 \times peso) + \text{custo energético da produção de leite} - \text{mobilização de energia}$
		Ativo	$EER = 710.25 - (7.01 \times idade) + (6.54 \times altura) + (12.34 \times peso) + \text{custo energético da produção de leite} - \text{mobilização de energia}$
		Muito ativo	$EER = 511.83 - (7.01 \times idade) + (9.07 \times altura) + (12.56 \times peso) + \text{custo energético da produção de leite} - \text{mobilização de energia}$
	7 a 12 (amamentação parcial)	Sedentário	$EER = 584.90 - (7.01 \times idade) + (5.72 \times altura) + (11.71 \times peso) + \text{custo energético da produção de leite}$
		Pouco ativo	$EER = 575.77 - (7.01 \times idade) + (6.60 \times altura) + (12.14 \times peso) + \text{custo energético da produção de leite}$
		Ativo	$EER = 710.25 - (7.01 \times idade) + (6.54 \times altura) + (12.34 \times peso) + \text{custo energético da produção de leite}$
		Muito ativo	$EER = 511.83 - (7.01 \times idade) + (9.07 \times altura) + (12.56 \times peso) + \text{custo energético da produção de leite}$

Fonte: IOM, DRI (2023)

Para mulheres em fase de amamentação, é importante considerar o gasto energético associado à produção de leite, o qual varia conforme o tempo pós-parto:

- 0 a 6 meses após o parto: 540 kcal/dia;
- 7 a 12 meses: 380 kcal/dia.

Além disso, estima-se que, durante a amamentação exclusiva nos primeiros 6 meses, a mobilização de energia corresponda a cerca de 140 kcal/dia.

8.2. Recomendações de macronutrientes

Para suprir as demandas nutricionais diárias, é necessário manter uma alimentação diversificada e equilibrada, incluindo, de forma adequada, proteínas, carboidratos e gorduras. No Quadro 4, apresentam-se os valores recomendados para a ingestão de cada macronutriente.

Quadro 14. Recomendações de macronutrientes para nutrizes.

Proteínas	10 a 35% do VET. Utilizar 1,1g/kg/dia – recomendável que seja o peso desejável + adicional para lactação. Adicional proteico: 1º semestre + 19g/dia
Lipídios	25 a 35% do VET. <10% de gorduras saturadas 6 a 10% de gorduras polinsaturadas.
Carboidratos	45 a 65% do VET <10% proveniente de açúcar simples
Fibras	28g/dia

Fonte: WHO, 2007; FAO, 2004.

Quadro 15. Recomendações nutricionais diárias de macronutrientes e calorias totais para a puérpera gemelar

Nutrientes	Recomendação
Acréscimo calórico	36 cal*kg + 500/600 cal por bebê
Proteínas (%)	20% ou
	1 g/ kg + 16 g/dia (1º trimestre) e
	1 g/ kg + 12 g/ dia (a partir 2º trimestre)

Carboidrato (%)	40%
Lipídios (%)	40%

Fonte: WHO, 2007; FAO, 2004.

A hidratação é indispensável para a mulher nutriz e para a produção de leite materno. De acordo com a DRI, a ingestão adequada (AI) de água para nutrizes totaliza 3,8 L/dia (toda a água contida na água em si, nas outras bebidas e nos alimentos), sendo 3,1 L/dia de bebidas (incluindo água potável) (WHO,2007). Além disso, é essencial nos quadros de constipação.

9. ALEITAMENTO MATERNO

O aleitamento materno é uma prática natural e eficiente, considerada uma das principais estratégias para a promoção da saúde infantil. Além de atender às necessidades nutricionais, imunológicas e psicológicas da criança, fortalece o vínculo entre mãe e filho, especialmente quando vivenciado de forma positiva pela puérpera.

O leite materno, por sua vez, é reconhecido como o alimento ideal para os primeiros meses de vida. De acordo com a Organização Mundial da Saúde e o Ministério da Saúde, o leite materno oferece todos os nutrientes essenciais para o crescimento e desenvolvimento da criança, como proteínas, vitaminas e gorduras (Siqueira, Santos & Santos, 2017).

O sucesso da amamentação, entretanto, depende de fatores históricos, sociais, culturais e psicológicos da mãe, além do apoio e do conhecimento técnico-científico dos profissionais de saúde envolvidos na sua promoção e incentivo (Carvalho, 2011). Assim, os leitos obstétricos como Alojamento Conjunto; PPP e CPNs tornam-se favoráveis à promoção do aleitamento materno, com abordagem assistencial multidisciplinar ao binômio mãe-bebê.

9.1. Contraindicações para o aleitamento materno

Embora a amamentação seja amplamente recomendada, existem algumas situações específicas em que ela não é indicada. O aleitamento materno é contraindicado em situações específicas, como em mães infectadas pelo HIV, HTLV-1 ou HTLV-2, em uso de medicamentos incompatíveis com a amamentação (ex.: tratamento oncológico) ou que fazem uso regular de álcool e drogas ilícitas.

9.2. Orientação da técnica de amamentação

Se a mãe relatar dificuldades ou se houver suspeita de problemas envolvendo as técnicas de amamentação, pergunte se ela se sente confortável para amamentar em sua presença, possibilitando a observação da mamada e a oferta de orientações práticas. Caso não se sinta à vontade, respeite sua decisão, escutando seus medos e inseguranças com atenção, para então esclarecer dúvidas e desmistificar informações incorretas com sensibilidade.

Quanto à posição, oriente que a amamentação ocorra de forma confortável para mãe e bebê, seja sentada, recostada ou deitada. O bebê deve estar voltado para o corpo da mãe, com cabeça e tronco alinhados, evitando torções no pescoço.

Para uma boa pega, é necessário a orientação para que não haja nenhum obstáculo entre a boca da criança e a mama, como roupas, panos ou a mão da mulher. Instrua a mãe a apoiar a mama com a mão em forma de “C” em vez de usar os dedos em forma de tesoura, para que os dedos não atrapalhem a pega. O nariz do bebê deve estar alinhado em frente ao mamilo. Quando a criança abrir bem a boca, é o momento adequado para levá-la ao seio para iniciar a sucção. A mamada deve começar pela mama que foi menos sugada na mamada anterior.

10. REGISTRO NO PRONTUÁRIO

Toda a anamnese nutricional realizada na primeira visita nutricional dos pacientes, assim como as avaliações e evoluções nutricionais e condutas dietoterápicas realizadas durante a internação devem ser registradas diariamente em prontuário físico e eletrônico através do Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHUX).

O modelo de cadastro das informações depende da instituição e complexidade de cada caso. O intuito é registrar as informações coletadas durante a visita, de importância clínica e nutricional, discorrendo sobre a anamnese, avaliação, evolução nutricional, diagnóstico nutricional e finalizando com a conduta nutricional. É imprescindível colocar a assinatura e o carimbo do profissional nos registros. Segue abaixo um exemplo de registro em prontuário:

FICHA DE EVOLUÇÃO OBSTETRÍCIA – NUTRIÇÃO CLÍNICA

EVOLUÇÃO NUTRICIONAL: Realizada visita beira leito, 2º DIH, puérpera no 1º DPPC, relata que passou bem a noite, sem intercorrências. Nega queixas gastrointestinais (náuseas, vômitos ou queimação). Refere apetite preservado e diz estar aceitando toda a dieta oferecida. Relata hábito intestinal de 1 vez/dia (de consistência pastosa).

EXAME FÍSICO NUTRICIONAL: paciente corada, hidratada, sem alterações de pele, mamas macias, mamilos protusos, com presença de colostro.

DIAGNÓSTICO DE NUTRIÇÃO: Obesidade, classe I (NC- 3.3.2)

#CONDUTA

- Dieta materna livre mantida;
- Oriento AME em livre demanda e sobre sinais de fome do RN, técnicas de amamentação;
- Realizada apoio a amantação;
- Reforço a importância da ingestão hídrica adequada e incentivo AME.

NOME DO NUTRICIONISTA (Assinatura+ carimbo) + NOME DO RESIDENTE/ ESTAGIÁRIO

11. ALTA NUTRICIONAL

A alta nutricional representa um momento estratégico no cuidado contínuo da saúde materno-infantil, especialmente no período pós-parto. Para garantir uma alta hospitalar qualificada e favorecer a recuperação dos pacientes, é essencial que estes recebam orientações nutricionais individualizadas, com ênfase especial àqueles que, durante a internação, foram classificados em alto risco nutricional.

As orientações devem contemplar os principais nutrientes e alimentos que devem estar presentes na alimentação da puérpera, respeitando suas necessidades fisiológicas, culturais e socioeconômicas. É importante destacar a relevância da alimentação adequada não apenas para a recuperação da mulher, mas também para a qualidade do leite materno, quando em processo de amamentação.

Durante a lactação, recomenda-se que a base da alimentação seja composta por alimentos in natura ou minimamente processados, como frutas, legumes, verduras, leguminosas e proteínas. Deve-se orientar o uso moderado de óleos, gorduras, sal e açúcar, além de limitar o consumo de alimentos processados e evitar alimentos ultraprocessados, como recomendado pelo Guia Alimentar da População Brasileira.

Caso necessário, a paciente deve ser encaminhada para continuidade do acompanhamento nutricional em serviços de rede de atenção à saúde, como o ambulatório de nutrição. Esse acompanhamento contribui para a promoção da saúde, prevenção de agravos nutricionais e apoio à amamentação.

Para fortalecer as orientações oferecidas durante a alta, são disponibilizados materiais educativos que auxiliam a puérpera na adoção de hábitos alimentares saudáveis no domicílio. Esses materiais, apresentados no Anexo 7, são fundamentais para garantir que as orientações repassadas durante a visita sejam lembradas e praticadas em casa, contribuindo para uma recuperação mais segura e para a promoção da saúde da mulher e do bebê.

12. MONITORAMENTO

O monitoramento da atenção nutricional prestada ao paciente e das condutas nutricionais adotadas com aplicação do presente protocolo deve se dar, principalmente, através do registro correto da produção assistencial nos prontuários físico e eletrônico. Com estes registros, é possível ter acesso à base de dados da produção assistencial, além dos registros manuais em planilhas de monitoramento, não automatizados, que devem ser preenchidos diariamente, e que alimentam os indicadores nutricionais da unidade como: número e porcentagem de triagens e anamneses nutricionais aplicadas, número de evoluções nutricionais, número de orientações nutricionais de alta hospitalar realizadas, etc. (Anexo 8), fornecendo à gestão hospitalar acesso à informações para tomadas de decisão em tempo real, além de possibilitar aos pacientes celeridades no atendimento.

13. REFERÊNCIAS

- A.C. Avaliação nutricional Subjetiva global em Pacientes Cardiopatas. *Arq Bras Cardiol* 2006; 87(6): 772-777
- ASBRAN. Manual Orientativo: Sistematização do Cuidado de Nutrição / [organizado pela] Associação Brasileira de Nutrição; organizadora: Marcia Samia Pinheiro Fidelix. São Paulo: Associação Brasileira de Nutrição, 2014.
- ASBRAN; CFN. Fundamentos da padronização internacional do processo e da terminologia de cuidado em nutrição [recurso eletrônico]. Associação Brasileira de Nutrição. Brasília: Asbran ; Conselho Federal de Nutricionistas, 2023.
- BOUVET, L. *et al.* Pregnancy and labor epidural effects on gastric emptying: A prospective comparative study. *Anesthesiology*, v. 136, n. 4, p. 542-550, 2022.
- CARVALHO, J. K. M., CARVALHO, C. G., & MAGALHÃES, S. R. (2011). A importânciada assistência de enfermagem no aleitamento materno.e-Scientia,4(2), 11-20
- ÇALIK, K. Y.; KARABULUTLU, Ö.; YAVUZ, C. First do no harm-interventions during labor and maternal
- CIARDULLI, A. *et al.* Less-Restrictive food intake during labor in low-Risk singleton pregnancies. *Obstetrics & Gynecology*, v. 129, n. 3, p. 473-480, 2017.
- CUPPARI, LÍLIAN. NUTRIÇÃO CLÍNICA NO ADULTO. 2ª ed. Barueri, SP: Manole, 2005.
- EUCLIDES, MARILENE PINHEIRO. Nutrição do lactente: base científica para uma alimentação adequada. 2ª ed. Brasília: Viçosa, 488p, 2000.
- FAO/WHO/ONU (Food and Agriculture Organization/ World Health Organization/ United Nations University). Human energy requirements. Report of a joint FAO/WHO/ONU Expert Consultation. Technical Report. Rome: WHO, 2004.
- FRISANCHO AR. New norms of upper limb fat and muscle áreas for assessment of nutritional status.Am J Clin Nutr v. 34, p. 2540-2545, 1981.
- GRANT JP, CUSTER PB, THURLOW J. Current techniques of nutritional assessment. *Surg Clin North Am*, v. 61, n. 3, p.437-63, 1981.
- HUANG, C.; LUO, R.; HU, J. Investigation on the status of oral intake management measures during labor in China. *Medicine*, v. 99, n. 23, 2020.
- IOM. 'Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines'. Washington, DC: National Academies Press.2009
- IVARI, F. R. *et al.* Edible Medicinal Plants on Facilitating Childbirth: A Systematic Review. *Current Drug Discovery Technologies*, v. 19, n. 2, p. 16-25, 2022.
- KARIMI, A. B. *et al.* Effects of date fruit (Phoenix dactylifera L.) on labor and delivery outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BMC pregnancy and childbirth*, v. 20, n. 1, p. 1-14, 2020.
- LANG C. Nutritional support in critical care. Maryland: Aspen Publisher, 456p, 1987.

LIPSCHITZ DA. Screening for nutritional of status in the elderly. Primary Care, v; 21, n. 1, p. 55-67, 1994.

LOPEZ, F, A; SIGULEM, D M; TADDEI, J, A. DE A.C. FUNDAMENTOS DA TERAPIA NUTRICIONAL EM MARTINS C, MOREIRA SM, PIEROSAN SR. Interações droga-nutriente. 2ed. Curitiba, Nutroclínica, 2003.

MARTINS C. Avaliação laboratorial do estado nutricional. In: Martins C. Avaliação do estado nutricional e diagnóstico. 1 ed. Curitiba, Nutroclínica (a- p.300-305; b- p.318; c- apêndice 10.3, p. 340), 2008.

MENDELSON, C. L. The aspiration of stomach contents into the lungs during obstetric anesthesia. Obstetrical & Gynecological Survey, v. 1, n. 6, p. 837-839, 1946.

Metropolitan height and weight tables. Statistical bulletin of the Metropolitan Life Insurance Company 64 (January-June):2,1983.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diretriz nacional de assistência ao parto normal. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Dez Passos para uma Alimentação Saudável: Guia Alimentar para Crianças Menores de 2 anos. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

MITCHELL CO, LIPSCHITZ DA. Arm length measurement as na alternative to height in nutritional assessment of the elderly. JPEN, v. 6, p. 226-229, 1982.

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Intrapartum Care for Healthy Women and Babies. 2022.

National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. 2023. Dietary reference intakes for energy. Washington, DC: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/26818>.

O'SULLIVAN, G. *et al.* Effect of food intake during labour on obstetric outcome: randomised controlled trial. BMJ, v. 338, 2009.

PEDROSO CGT, SOUSA AA, SALLES RK. Cuidado nutricional hospitalar: percepção de nutricionistas para atendimento humanizado. Rev Ciênc Saúde Coletiva, n.16 (supl 1), p. 1155-62, 2011.

PERKINS, J. *et al.* Humanised childbirth: the status of emotional support of women in rural Bangladesh. Sexual and reproductive health matters, v. 27, n. 1, p. 228-247, 2019.

RABITO EI, VANNUCCHI GB, SUEN VMM, NETO LLC, MARCHINI JS. Weight and height prediction of immobilized patients. Rev. Nutr. 2006, 19(6): 655-661.

RAIZEL, R. *et al.* Sports and energy drinks: Aspects to consider. Sports and Energy Drinks, v. 10, p. 1-37. 2019.

Resolução CFN nº 380/2005. Dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, estabelece parâmetros numéricos de referência, por área de atuação, e dá outras providências.

Resolução CFN Nº 600, de 25 de fevereiro de 2018. Dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, indica parâmetros numéricos mínimos de referência, por área

de atuação, para a efetividade dos serviços prestados à sociedade e dá outras providências. Brasília, DF, BRASIL. Ministério da Saúde (MS), 2018.

SAGI-DAIN, L.; SAGI, S. The effect of late pregnancy date fruit consumption on delivery progress—a meta-analysis. *EXPLORE*, v. 17, n. 6, p. 569-573, 2021.

satisfaction: a descriptive cross-sectional study. *BMC pregnancy and childbirth*, v. 18, p. 1-10, 2018. ACCIOLY, Elizabeth. *Nutrição em Obstetrícia e Pediatria*. 2ª Ed. Rio de Janeiro, Cultura Médica: Guanabara Koogan, 2009.

SINGATA, M. *et al.* Restricting oral fluid and food intake during labour. *Cochrane database of systematic reviews*, n. 8, 2013.

SIQUEIRA, S. M. C., DOS SANTOS, A. P. R., & DOS SANTOS, G. A. (2017). Ações desencadeadas pelo enfermeiro para promoção do aleitamento materno e prevenção do desmame precoce. *Revista Brasileira de Saúde Funcional*, 1(1), 56-5.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. *Avaliação nutricional da criança e do adolescente: Manual de Orientação*. Departamento de Nutrologia. – São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento de Nutrologia, 2009.

VANNUCCHI H, UNAMUNO MRL, MARCHINI J. Avaliação do estado nutricional. *Medicina*, Ribeirão Preto, 29:5-18, jan./mar. 1996.

VERUTSKY, Natália M. de A. *et al.* Avaliação e recomendações nutricionais específicas para a gestante e puérpera gemelar. *Einstein*, 6(2):212-20, 2008.

VITOLLO, Márcia Regina. *Nutrição: Da Gestação à Adolescência*. Rio de Janeiro: Reichmann & Afonso Editores, 2003.

WERNECK, M. A. F.; FARIA, H. P.; CAMPOS, K. F. C. *Protocolos de cuidado à saúde e de organização do serviço*. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina/UFMG (Nescon), 2009.

WHO. *Diet, nutrition and prevention of chronic disease*. Technical report series 916, 2003, p. 56.

YAMAUTI AK, OCHIAI ME, BIFULCO PS, ARAÚJO MA, ALONSO RR, RIBEIRO RHC, PEREIRA-BARRETTO

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *WHO Child Growth Standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weightfor-height and body mass index-for-age*. Methods and development. WHO (nonserial publication). Geneva, Switzerland: WHO, 2006.

WINKLER MF, LYSEN LK. *Suggested guidelines for nutrition and metabolic management of adult patients receiving nutrition support*. 2 ed. Chicago: American Dietetic Association. 1993, 297p.

World Health Organization (WHO) recommendations. *Intrapartum care for a positive childbirth experience*. 2018. 200 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Indicators for assessing infant and young child feeding practices*. Conclusions of consensus meeting held 6-8 November 2007. – Washington, 2007.

14. HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão	Data	Descrição da atualização
01	03/11/2022	Atualização do Protocolo de condutas nutricionais em obstetrícia
02	26/06/2025	Atualização do Protocolo de condutas nutricionais em obstetrícia (rotinas, parâmetros e diagnósticos) no novo modelo

15. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO

Elaboração Soraya Helena Penha do Nascimento - UMULTI/GAS Niegia Graciely de Medeiro Alves - UMULTI/GAS Kalogenia Niegia Lopes Almeida - UMULTI/GAS Natália Ferreira de Souto - UAS/CES/UFCEG	Data: 26/06/2025
Análise José Ferreira Lima - UMULTI/GAS	Data: 26/06/2025
Validação Wilton Nogueira de Abreu – STGQ/SUP Franciane Carla de Souza Bento – STGQ/SUP	Data: 08/07/2025
Aprovação Ana Cristina Santos Fernandes Pereira - SFH/DCDT/GAS	Data: 08/07/2025

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. © Ano 2025, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados www.ebserh.gov.br

ANEXOS

ANEXO 1. Triagem nutricional para o Puerpério imediato.



UNIDADE DE NUTRIÇÃO CLÍNICA
 TRIAGEM DE ATENDIMENTO DA NUTRIÇÃO NO PUERPÉRIO IMEDIATO
 ELABORADA PELA UNIDADE DE NUTRIÇÃO CLÍNICA – HUAB/EBSEH

DATA:		SETOR:		LEITO:		NUTRICIONISTA:	
TIPO DE PARTO: () NORMAL () CESÁREA							
NOME DA GENITORA:							
IDADE: _____ () ≤ 19 anos (1 ponto) () 20 a 34 anos (0 ponto) () ≥ 35 anos (1 ponto)							
ETAPA 1 - TRIAGEM INICIAL							
1. O IMC pré-gestacional da paciente é menor que 20,5 Kg/m ² ? () SIM () NÃO IMC: _____							
2. A paciente teve ganho de peso insuficiente durante a gestação? () SIM () NÃO							
3. A paciente teve uma redução na ingestão alimentar na última semana? () SIM () NÃO							
4. A paciente apresenta comorbidades ou intercorrências clínicas? () SIM () NÃO							
Se obtiver a resposta "Sim" para uma das perguntas, realizar a avaliação final. Se a resposta for "Não" para todas as perguntas, reavaliar em intervalos semanais (7 dias) para monitoramento do estado nutricional.							
ETAPA 2 – AVALIAÇÃO FINAL							
Situação Nutricional Comprometida				Gravidade da Doença (= aumento nas necessidades nutricionais)			
Ausente: 0		Estado nutricional normal		Ausente: 0		Necessidades nutricionais normais	
Necessidade leve: 1		Perda de peso > 5% em 3 meses ou ingestão de alimentos entre de 50-75% da exigência normal na semana anterior.		Leve: 1		Pacientes crônicos, em especial com complicações agudas da cirrose, DPOC. Hemodiálise crônica, diabetes, oncologia, HAS, dislipidemia, DMG, SHG, epilepsia, labirintite, ansiedade, depressão.	
Necessidade moderada: 2		Perda de peso > 5% em 2 meses ou IMC 18,5 – 20,5 + condição geral debilitada ou ingestão de alimentos de 25-60% das exigência normal na semana anterior.		Moderada: 2		Grande cirurgia abdominal, acidente vascular cerebral, pneumonia grave, doenças hematológicas malignas (leucemia, linfoma), anemia, obesidade, pré-eclâmpsia, HIV, cardiopatias.	
Necessidade grave: 3		Perda de peso > 5% em 1 mês (> 15% em 3 meses) ou IMC < 18,5 + condição geral debilitada ou ingestão de alimentos de 0-25% da exigência normal na semana anterior.		Grave: 3		Traumatismo craniano, transplante de medula óssea, paciente em terapia intensiva (APACHE > 10).	
ETAPA 3 – RISCO DE AMM							
5. CLASSIFICAÇÃO ATUAL DO AM: () AME (0 ponto) () ZERO (2 ponto) () MISTO OU PARCIAL (2 ponto) () NA							
6. INTERCORRÊNCIAS NA AMAMENTAÇÃO COM O BINÔMIO: () NÃO () SIM (1 ponto) QUAL? _____							
7. INFORMAÇÕES SOBRE PEGA/SUCÇÃO: () PEGA CORRETA/SUCÇÃO RÍTMICA (0 ponto) () DIFICULDADE DE PEGA/SUCÇÃO E PEGA COM APOIO (1 ponto) () SONOLÊNCIA, NÃO SUSTENTA (2 ponto) () IMPOSSIBILIDADE DE AMAMENTAR (2 pontos)							
8. INFORMAÇÕES SOBRE PARTICIPAÇÃO MATERNA: () SEGURA/SEM AJUDA (0 ponto) () SEGURA COM APOIO (1 ponto) () AJUDA COMPLETA DA EQUIPE (1 ponto)							
9. INFORMAÇÕES SOBRE MAMILOS: () INVERTIDOS (1 pontos) () PROTUSOS/PROTUSOS APÓS ESTÍMULO (0 ponto) () PLANO/SEMIPROTUSOS (CURTOS) (1 ponto)							
10. INFORMAÇÕES SOBRE MAMAS/CONFORTO: () MACIAS/NÃO DOLORIDAS (0 ponto) () CHEIAS/POUCO DOLORIDAS (1 ponto) () INGURGITADAS/DOR SEVERA/COM FISSURAS (2 pontos)							
11. INFORMAÇÕES SOBRE O FLUXO LÁCTEO: () ÓTIMO/ FLUXO CONTÍNUO, PRESENÇA DE JATOS (0 ponto) () BOM/FLUXO CONTÍNUO (0 ponto) () INCIPIENTE/DIFICULDADE DE VISUALIZAÇÃO (2 pontos) () INCIPIENTE/FLUXO DESCONTÍNUO (1 pontos)							
PONTUAÇÃO DO RISCO - PUÉRPERA: _____				PONTUAÇÃO DO RISCO - AMM: _____			

FONTE: Instrumento LATCH, adaptado (1994); NRS, adaptado (2002).

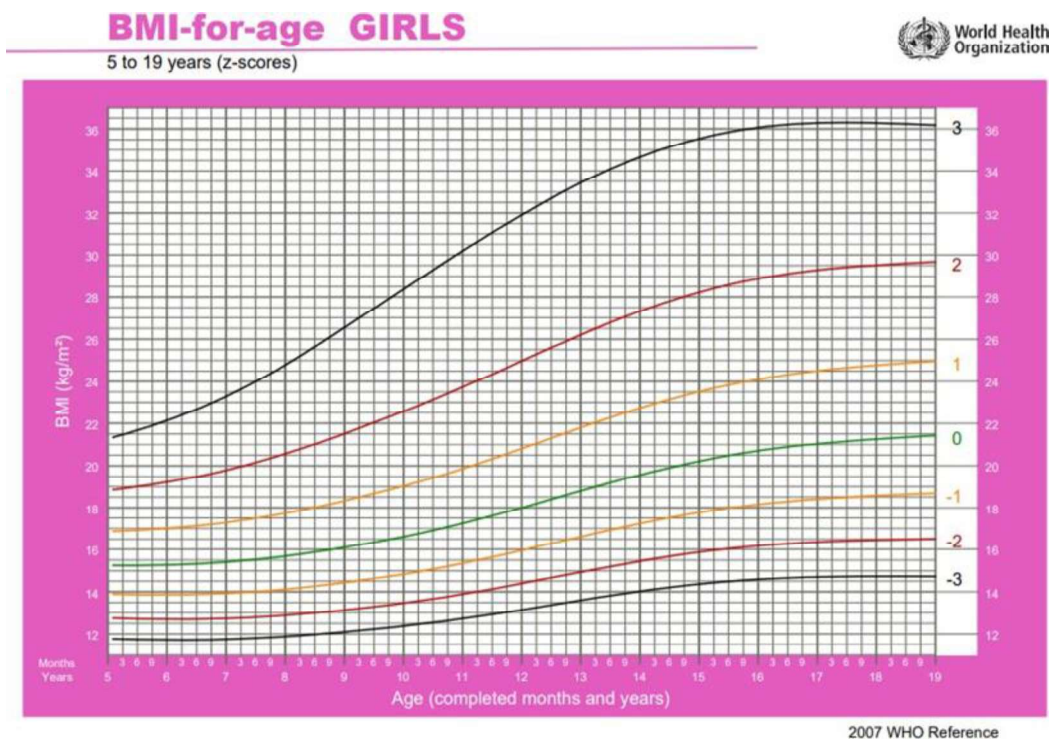
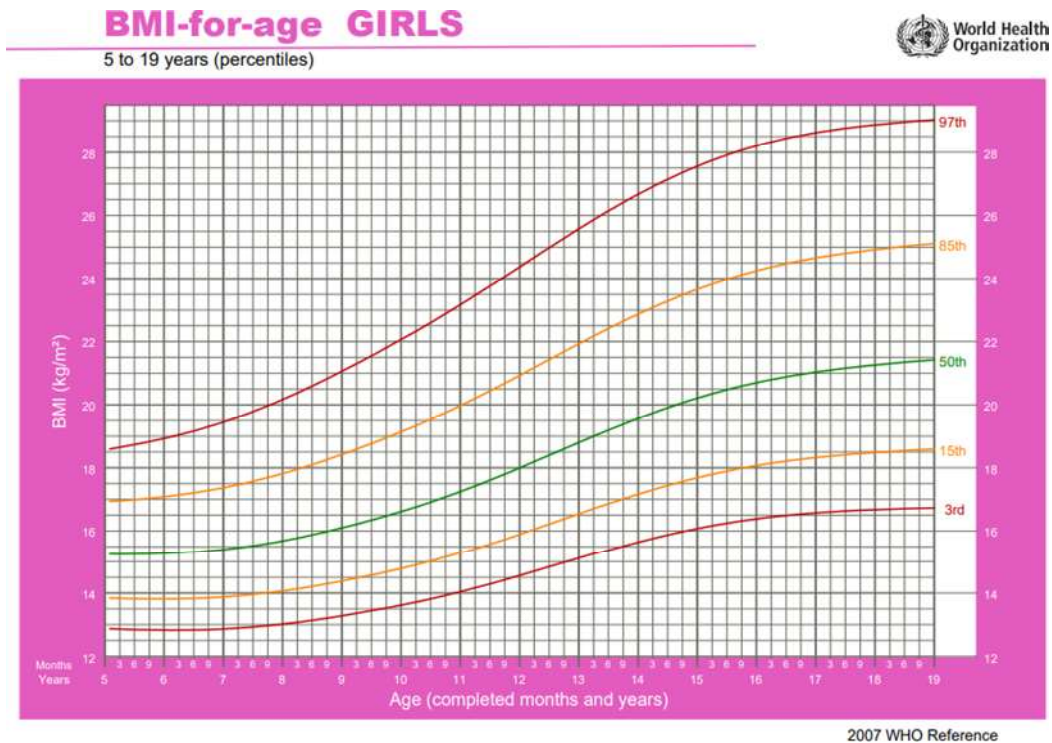
**CLASSIFICAÇÃO DO RISCO - PUÉRPERA
(ETAPA 1 E 2)**

() 0 - 1 (BAIXO RISCO)
 () 2 - 3 PONTOS (MÉDIO RISCO)
 () > 3 PONTOS (ALTO RISCO)

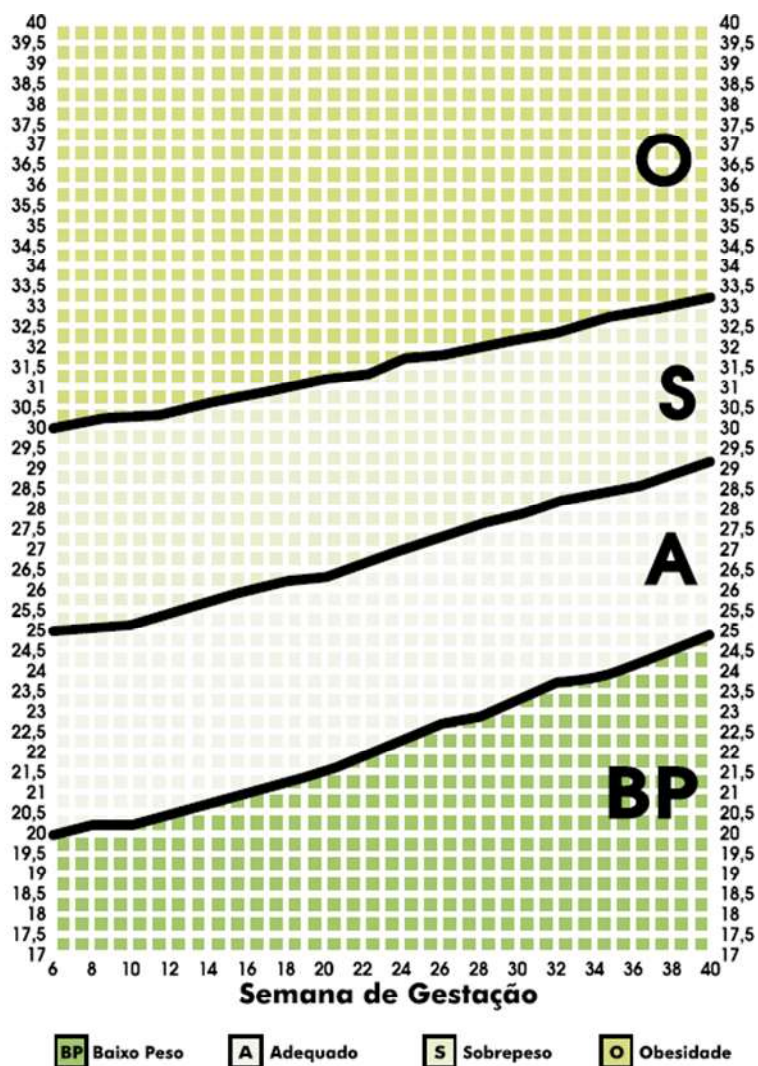
**CLASSIFICAÇÃO DO RISCO DE AMM – RN
(ETAPA 3)**

() 0 A 3 PONTOS (BAIXO RISCO)
 () 4 A 5 PONTOS (MÉDIO RISCO)
 () ≥ 6 PONTOS (ALTO RISCO)

ANEXO 2. Curvas de IMC para idade de meninas de 5 a 19 anos, de acordo com o percentil e Z- score.



ANEXO 3. Curva de Atalah: Gráfico de índice de massa corporal segundo semana de gestação.



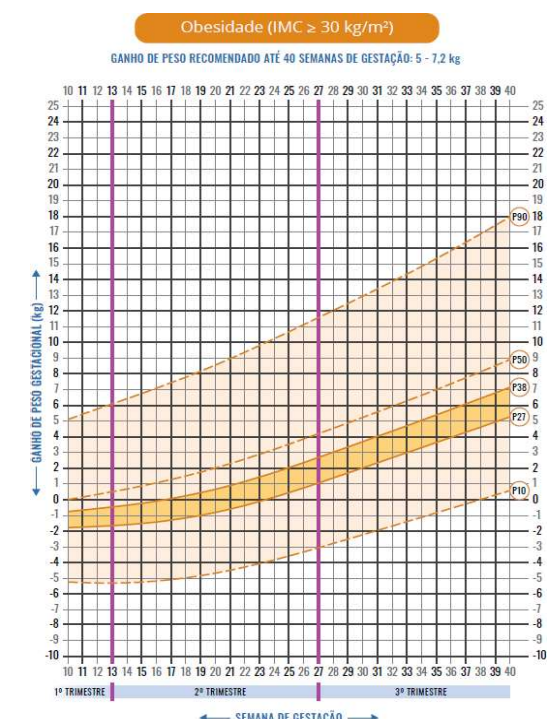
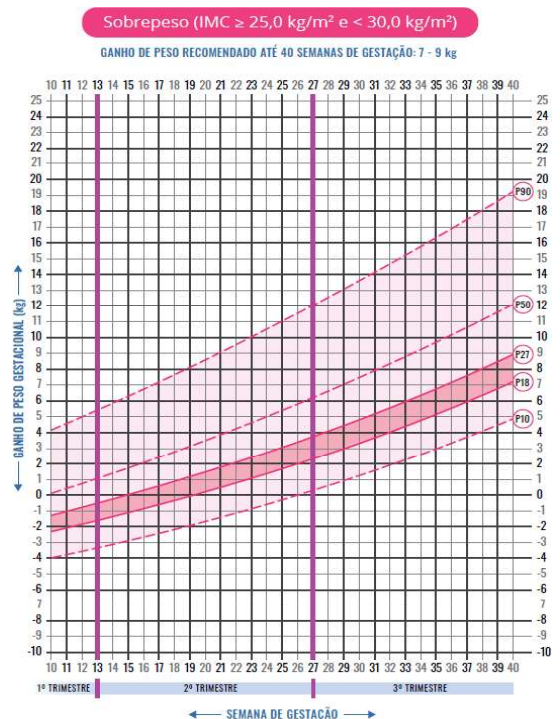
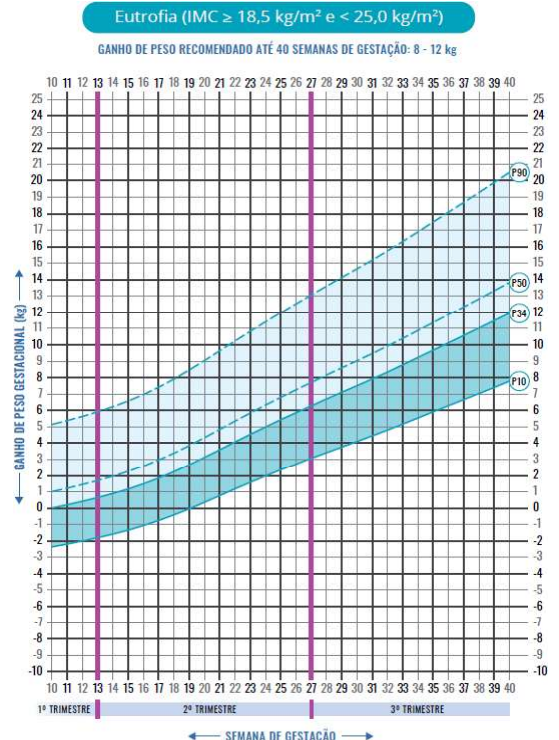
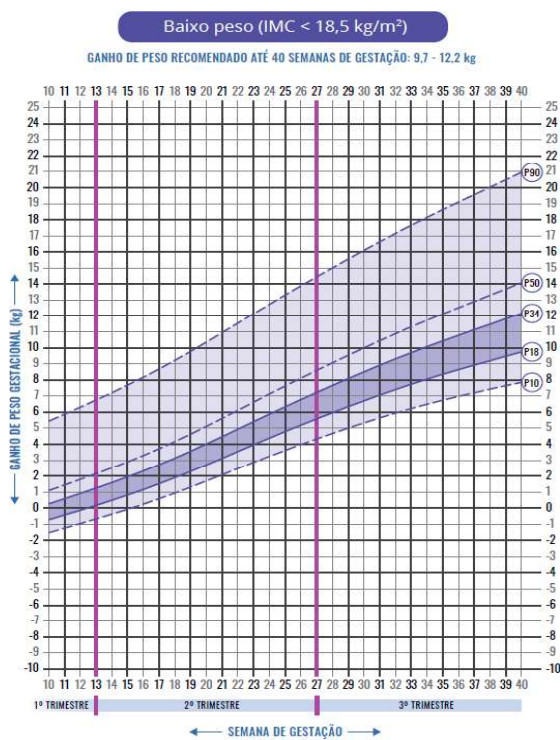
Fonte: Adaptado de: (ATALAH SAMUR, E., 2006)

ANEXO 4. Avaliação do estado nutricional da gestante segundo o 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
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).⁸

ANEXO 5. Gráficos de ganho de peso recomendado da gestação, de acordo com IMC pré-gestacional



ANEXO 6. Diagnósticos em nutrição.

Anexo 2. Lista de Termos | DIAGNÓSTICOS EM NUTRIÇÃO 2022

Ficha de DIAGNÓSTICOS EM NUTRIÇÃO

INGESTÃO - NI

Problemas atuais relacionados à ingestão de energia, nutrientes, líquidos e substâncias bioativas por meio da dieta oral ou suporte nutricional.

Balanco Energético (NI-1)

Mudanças na ingestão de energia mensurada ou estimada (caloria/kcal)

- Gasto energético aumentado NI-1.1
- Ingestão de energia subótima NI-1.2
- Ingestão de energia excessiva NI-1.3
- Ingestão de energia prevista subótima NI-1.4
- Ingestão de energia prevista excessiva NI-1.5

Ingestão Oral ou Suporte Nutricional (NI-2)

Ingestão mensurada ou estimada de alimentos e bebida pela dieta oral ou suporte nutricional, comparada com a meta.

- Ingestão oral subótima NI-2.1
- Ingestão oral excessiva NI-2.2
- Infusão de nutrição enteral subótima NI-2.3
- Infusão de nutrição enteral excessiva NI-2.4
- Composição de nutrição enteral em desacordo com as necessidades NI-2.5
- Administração de nutrição enteral em desacordo com as necessidades NI-2.6
- Infusão de nutrição parenteral subótima NI-2.7
- Infusão de nutrição parenteral excessiva NI-2.8
- Composição de nutrição parenteral em desacordo com as necessidades NI-2.9
- Administração de nutrição parenteral em desacordo com as necessidades NI-2.10
- Aceitação aos alimentos subótima NI-2.11

Ingestão de Líquido (NI-3)

Ingestão mensurada ou estimada de líquido, comparada com a meta para o cliente.

- Ingestão de líquido subótima NI-3.1
- Ingestão de líquido excessiva NI-3.2

Ingestão de Substâncias Bioativas (NI-4)

Ingestão mensurada ou estimada de substâncias bioativas, incluindo componentes únicos ou múltiplos de alimentos funcionais, ingredientes, suplementos dietéticos e álcool.

- Ingestão de substância bioativa subótima NI-4.1
- Ingestão de éster de estanol vegetal subótima NI-4.1.1
- Ingestão de éster de estanol vegetal (fitosterol) subótima NI-4.1.2
- Ingestão de proteína de soja subótima NI-4.1.3
- Ingestão de psyllium subótima NI-4.1.4
- Ingestão de beta-glicano subótima NI-4.1.5
- Ingestão de substância bioativa excessiva NI-4.2
- Ingestão de éster de estanol vegetal excessiva NI-4.2.1
- Ingestão de éster de estanol vegetal (fitosterol) excessiva NI-4.2.2
- Ingestão de proteína de soja excessiva NI-4.2.3
- Ingestão de psyllium excessiva NI-4.2.4
- Ingestão de beta-glicano excessiva NI-4.2.5
- Ingestão de aditivo alimentar excessiva NI-4.2.6
- Ingestão de cafeína excessiva NI-4.2.7
- Ingestão de álcool excessiva NI-4.3

Ingestão de Nutriente (NI-5)

Ingestão mensurada ou estimada de grupos específicos de nutrientes ou nutrientes únicos, comparada aos níveis desejados.

- Necessidades de nutriente aumentadas (especificar): NI-5.1
- Ingestão proteico-energética subótima NI-5.2
- Necessidades de nutriente diminuídas (especificar): NI-5.3
- Desequilíbrio de nutrientes NI-5.4

Gordura e Colesterol (NI-5.5)

- Ingestão de gordura subótima NI-5.5.1
- Ingestão de gordura excessiva NI-5.5.2
- Ingestão de tipos de gordura em desacordo com as necessidades (especificar): NI-5.5.3

Proteína (NI-5.6)

- Ingestão de proteína subótima NI-5.6.1
- Ingestão de proteína excessiva NI-5.6.2

- Ingestão de tipos de proteínas em desacordo com as necessidades (especificar): NI-5.6.3

Aminoácido (NI-5.7)

- Ingestão de tipos de aminoácido em desacordo com as necessidades (especificar): NI-5.7.1

Carboidrato e Fibra (NI-5.8)

- Ingestão de carboidrato subótima NI-5.8.1
- Ingestão de carboidrato excessiva NI-5.8.2
- Ingestão de tipos de carboidrato em desacordo com as necessidades (especificar): NI-5.8.3
- Ingestão de carboidrato irregular NI-5.8.4
- Ingestão de fibra subótima NI-5.8.5
- Ingestão de fibra excessiva NI-5.8.6

Vitamina (NI-5.9)

- Ingestão de vitamina subótima (especificar): NI-5.9.1
 - A (NI-5.9.1.1) Niacina (NI-5.9.1.8)
 - C (NI-5.9.1.2) Folato (NI-5.9.1.9)
 - D (NI-5.9.1.3) B6 (NI-5.9.1.10)
 - E (NI-5.9.1.4) B12 (NI-5.9.1.11)
 - K (NI-5.9.1.5) Ácido pantotênico (NI-5.9.1.12)
 - Tiamina (NI-5.9.1.6) Biotina (NI-5.9.1.13)
 - Riboflavina (NI-5.9.1.7)
- Ingestão de vitamina excessiva (especificar): NI-5.9.2
 - A (NI-5.9.2.1) Niacina (NI-5.9.2.8)
 - C (NI-5.9.2.2) Folato (NI-5.9.2.9)
 - D (NI-5.9.2.3) B6 (NI-5.9.2.10)
 - E (NI-5.9.2.4) B12 (NI-5.9.2.11)
 - K (NI-5.9.2.5) Ácido pantotênico (NI-5.9.2.12)
 - Tiamina (NI-5.9.2.6) Biotina (NI-5.9.2.13)
 - Riboflavina (NI-5.9.2.7)

Mineral (NI-5.10)

- Ingestão de mineral subótima (especificar): NI-5.10.1
 - Cálcio (NI-5.10.1.1) Flúor (NI-5.10.1.10)
 - Cloreto (NI-5.10.1.2) Cobre (NI-5.10.1.11)
 - Ferro (NI-5.10.1.3) Iodo (NI-5.10.1.12)
 - Magnésio (NI-5.10.1.4) Selênio (NI-5.10.1.13)
 - Potássio (NI-5.10.1.5) Manganês (NI-5.10.1.14)
 - Fósforo (NI-5.10.1.6) Cromo (NI-5.10.1.15)
 - Sódio (NI-5.10.1.7) Molibdênio (NI-5.10.1.16)
 - Zinco (NI-5.10.1.8) Boro (NI-5.10.1.17)
 - Sulfato (NI-5.10.1.9) Cobalto (NI-5.10.1.18)
- Ingestão de mineral excessiva (especificar): NI-5.10.2
 - Cálcio (NI-5.10.2.1) Flúor (NI-5.10.2.10)
 - Cloreto (NI-5.10.2.2) Cobre (NI-5.10.2.11)
 - Ferro (NI-5.10.2.3) Iodo (NI-5.10.2.12)
 - Magnésio (NI-5.10.2.4) Selênio (NI-5.10.2.13)
 - Potássio (NI-5.10.2.5) Manganês (NI-5.10.2.14)
 - Fósforo (NI-5.10.2.6) Cromo (NI-5.10.2.15)
 - Sódio (NI-5.10.2.7) Molibdênio (NI-5.10.2.16)
 - Zinco (NI-5.10.2.8) Boro (NI-5.10.2.17)
 - Sulfato (NI-5.10.2.9) Cobalto (NI-5.10.2.18)

Multinutriente (NI-5.11)

- Ingestão de nutriente prevista subótima NI-5.11.1
- Ingestão de nutriente prevista excessiva (especificar): NI-5.11.2

CLÍNICA - NC

Achados/alterações identificados em nutrição que estão relacionados às condições clínicas ou físicas.

Funcional (NC-1)

Disfunção física ou mecânica que interfere ou dificulta na nutrição do indivíduo.

- Deglutição com dificuldade NC-1.1
- Mordedura/mastigação com dificuldade NC-1.2
- Amamentação com dificuldade NC-1.3
- Função gastrointestinal alterada NC-1.4
- Amamentação prevista com dificuldade NC-1.5

Bioquímica (NC-2)

Mudança na capacidade de metabolizar nutrientes devido a medicamentos, cirurgia ou conforme indicado nos valores laboratoriais alterados.

- Utilização de nutriente alterada (especificar): NC-2.1
- Valores laboratoriais relacionados à nutrição alterados (especificar): NC-2.2
- Interação fármaco-nutriente (especificar): NC-2.3
- Interação fármaco-nutriente prevista (especificar): NC-2.4

Peso (NC-3)

Peso corporal ou mudança de peso comparado ao usual ou ao desejado.

- Baixo peso NC-3.1
- Perda de peso não intencional NC-3.2
- Sobrepeso/obesidade NC-3.3
 - Sobrepeso, adulto ou pediatria NC-3.3.1
 - Obesidade, pediatria NC-3.3.2
 - Obesidade, classe I NC-3.3.3
 - Obesidade, classe II NC-3.3.4
 - Obesidade, classe III NC-3.3.5
- Ganho de peso não intencional NC-3.4
- Taxa de crescimento abaixo do esperado NC-3.5
- Taxa de crescimento acima do esperado NC-3.6

Distúrbios da Má-Nutrição (NC-4)

Consequências à saúde que resultam da ingestão subótima ou excessiva de energia e/ou de nutriente, comparada às necessidades fisiológicas e/ou utilização.

- Desnutrição (subnutrição) NC-4.1
 - Desnutrição relacionada à inanição NC-4.1.1
 - Desnutrição moderada relacionada à inanição NC-4.1.1.1
 - Desnutrição grave relacionada à inanição NC-4.1.1.2
 - Desnutrição relacionada à doença ou condição crônica NC-4.1.2
 - Desnutrição moderada relacionada à doença ou condição crônica NC-4.1.2.1
 - Desnutrição grave relacionada à doença ou condição crônica NC-4.1.2.2
 - Desnutrição relacionada à doença ou injúria aguda NC-4.1.3
 - Desnutrição moderada relacionada à doença ou injúria aguda NC-4.1.3.1
 - Desnutrição grave relacionada à doença ou injúria aguda NC-4.1.3.2
- Desnutrição pediátrica não relacionada à enfermidade NC-4.1.4
 - Desnutrição pediátrica leve não relacionada à enfermidade NC-4.1.4.1
 - Desnutrição pediátrica moderada não relacionada à enfermidade NC-4.1.4.2
 - Desnutrição pediátrica grave não relacionada à enfermidade NC-4.1.4.3
- Desnutrição pediátrica relacionada à enfermidade NC-4.1.5
 - Desnutrição pediátrica leve relacionada à enfermidade NC-4.1.5.1
 - Desnutrição pediátrica moderada relacionada à enfermidade NC-4.1.5.2
 - Desnutrição pediátrica grave relacionada à enfermidade NC-4.1.5.3

COMPORTAMENTAL - AMBIENTAL - NB

Achados/alterações identificados em nutrição que estão relacionados ao conhecimento, atitudes/crenças, meio ambiente, acesso aos alimentos ou segurança alimentar.

Conhecimento e Crença (NB-1)

Conhecimento e crenças atuais relatados, observados ou documentados.

- Conhecimento relacionado à alimentação e nutrição subótimo NB-1.1
- Atitudes/crenças não comprovadas quanto à alimentação ou tópicos relacionados (uso com cautela) NB-1.2
- Despreparo para mudança na dieta/estilo de vida NB-1.3
- Automonitoramento subótimo NB-1.4
- Padrão alimentar desordenado NB-1.5
- Adesão às recomendações relacionadas à nutrição subótima NB-1.6
- Escolhas alimentares indesejáveis NB-1.7

(continua)

Anexo 2. Lista de Termos | DIAGNÓSTICOS EM NUTRIÇÃO 2022

Ficha de DIAGNÓSTICOS EM NUTRIÇÃO

(continuação)

Atividade Física e Funcionalidade (NB-2)

Atividade física atual, autocuidado e problemas da qualidade de vida relatado, observado ou documentado.

- | | |
|--|--------|
| <input type="checkbox"/> Inatividade física | NB-2.1 |
| <input type="checkbox"/> Atividade física excessiva | NB-2.2 |
| <input type="checkbox"/> Gerenciamento do autocuidado subótimo | NB-2.3 |
| <input type="checkbox"/> Capacidade de preparar alimentos/refeições subótima | NB-2.4 |
| <input type="checkbox"/> Qualidade de vida relacionada à alimentação e nutrição subótima | NB-2.5 |
| <input type="checkbox"/> Autoalimentação com dificuldade | NB-2.6 |

Segurança e Acesso Alimentar (NB-3)

Problemas atuais com segurança ou acesso a alimentos, água ou suprimentos relacionados à nutrição.

- | | |
|--|--------|
| <input type="checkbox"/> Ingestão de alimentos inseguros | NB-3.1 |
| <input type="checkbox"/> Insegurança alimentar | NB-3.2 |
| <input type="checkbox"/> Acesso a suprimentos relacionados à nutrição subótimo | NB-3.3 |
| <input type="checkbox"/> Acesso a água potável subótimo | NB-3.4 |

OUTRO - NO

Código

Achados em nutrição que não estão classificados como problemas de ingestão, clínicos ou comportamental/ambiental

- | | |
|--|--------|
| <input type="checkbox"/> Nenhum diagnóstico em nutrição no momento | NO-1.1 |
|--|--------|

Fonte: Academy of Nutrition and Dietetics. *Nutrition Terminology Reference Manual* (eNCPT): Dietetics Language for Nutrition Care. Disponível em: <http://ncpt.webauthor.com>. Acesso em: 20 de abril de 2022.

ANEXO 7. Materiais educativos de Orientações nutricionais de alta.

Certos cuidados na amamentação podem prevenir problemas como rachaduras no bico do peito, seios empedrados, pouco leite e leite fraco.



Elaboração

Larissa Silva (Estagiária)

REFERÊNCIA:
BRASIL. Ministério da Saúde. Caderneta de saúde da criança

Unidade de Nutrição Clínica
UFERN | **HUAB**

Como prevenir problemas na amamentação?



Dificuldades na amamentação: O que fazer?

QUANDO O BICO DO PEITO APRESENTA RACHADURAS:

As rachaduras podem ser sinal de que é preciso melhorar o jeito do bebê pegar o peito.

Se o peito rachar, passe algumas gotinhas do próprio leite em todo o bico da mama, deixando secar naturalmente.

Se não houver melhora, é bom procurar ajuda no serviço de saúde.

QUANDO AS MAMAS FICAM EMPEDRADAS:

Caso aconteça, massageie os seios fazendo movimentos circulares.

Em seguida, é preciso esvaziar bem as mamas. Não deve amamentar, ao contrário, amamente com frequência, sem horários fixos, inclusive à noite.

POUCO LEITE

A sucção é o maior estímulo à produção do leite: quanto mais o bebê suga, mais leite a mãe produz.

É importante, também, dar tempo ao bebê para que ele esvazie bem o peito em cada mamada.

Se o bebê dorme bem e está ganhando peso, o leite não está sendo pouco.

LEITE FRACO

Não existe leite fraco! Todo leite materno é forte e bom. A cor do leite pode variar, mas ele nunca é fraco.

Nem todo choro do bebê é de fome. A criança chora quando quer aconchego ou sente algum desconforto. **NÃO** deixe que ideias falsas atrapalhem a amamentação.

É importante acreditar que a mãe é capaz de alimentar o filho nos primeiros seis meses só com o seu leite.

IMPORTANTE!

01 O bebê pegar corretamente a mama.

02 Lavar os mamilos apenas com água, não usar sabonetes, cremes ou pomadas. Não é necessário lavar os mamilos sempre que o bebê for mamar.

03 Retirar um pouco do leite para amaciá-lo a aréola (parte escura do peito) antes da mamada se a mama estiver muito cheia e endurecida.

04 Conversar com outras mulheres (amigas, vizinhas, parentes etc.) que amamentaram bem e durante bastante tempo seus bebês.

Amamentação é quando o amor transborda em forma de alimento.



ELABORAÇÃO

Dailla Glaciely (Estagiária)

Waleska Nascimento (Preceptora)

Priscila Nunes Costa (Preceptora)

REFERÊNCIAS:

REVIRIEGO, C. A alimentação no pós-parto.

COSTA, C. C., et al. Atenção nutricional materno-infantil no puerpério. Ciência et Praxis, v. 11.

Unidade de Nutrição Clínica
Santa Cruz - Março, 2023
UFERN | **HUAB** | **EBSERH**

CUIDADOS COM A ALIMENTAÇÃO NO PUERPÉRIO



O puerpério é o período que se inicia logo após o parto e segue durante toda a fase de recuperação da mulher.

Dessa maneira, é importante saber que o cuidado diário com a alimentação, é de suma importância no pós-parto, principalmente durante o período de amamentação.

É importante entender que, os cuidados com a alimentação no pós-parto são tão importantes quanto no período da gestação.

A dieta pós-gravidez resume-se na alimentação balanceada e variada capaz de suprir as exigências nutricionais e ingestão de água.

RECOMENDAÇÕES DE ALIMENTOS NO PÓS-PARTO

1- Alimentos ricos em Ômega 3:

Alimentos ricos em ômega 3 ajudam a prevenir a depressão pós-parto, são exemplos: sardinha, arenque, salmão, atum, nozes, semente de linhaça e chia.

2- Alimentos ricos em iodo:

O consumo de peixes e marisco, proporcionam uma quantidade extra de iodo, o único micronutriente que possa ser necessário suplementar nas mães lactantes.

3- Fontes de serotonina e Triptofano:

Mantém nível de serotonina suficientemente elevados na recente amamentação pode auxiliar em uma menor frequência de alterações de humor, bem como na depressão pós-parto. São exemplos de alimentos: o leite e os produtos lácteos, os carboidratos de absorção lenta e alguns alimentos de origem animal, em geral, carne peixe e frango.

3- Consumo de hortaliças:

Folhas são ingredientes importantes na dieta da puérpera. Fornecem nutrientes valiosos, têm pouca gordura e calorias, ricas em carboidratos e fibras e fornecem muito micronutrientes.

4- Alimentos ricos em ferro:

Devido à perda de sangue durante o parto, é recomendável consumir alimentos ricos em ferro durante as primeiras semanas. A carne vermelha facilita o ferro de melhor qualidade para o organismo, enquanto que na opção vegetariana, os legumes e as verduras de folha verde seriam a melhor opção. Associar esses alimentos com algum alimento rico em vitamina C, como a laranja, facilita a absorção do ferro.

5- Beba água:

Mantém-se sempre hidratada ajudará no bom funcionamento do intestino e também na produção do leite materno. Uma dica é sempre que for amamentar, deixe uma garrafinha de água por perto para ir tomando ao longo da mamada.

OUTRAS ORIENTAÇÕES

Mantém o nível de açúcar no sangue deve ser feito mediante carboidratos de absorção lenta, como o arroz ou os cereais, de preferência integrais, pelo seu valor nutricional em relação ao que o produto convencional. Dentro dos carboidratos de absorção rápida, frutas são a melhor opção, ainda que as vezes possam ser trocadas por suco de frutas.

Fonte: Autoria própria

ANEXO 8. Planilha de indicadores nutricionais da obstetrícia (Setor PPP)

ALOJAMENTO - MÊS CORRENTE: ABRIL 2025						
INDICADORES DA UNIDADE DE NUTRIÇÃO CLÍNICA				Terapia Nutricional		
Dia do mês	Nº de admissões registradas	Nº de avaliações e evoluções registradas	Dieta individualizada	TNO	TNE	Nº de orientações de alta registradas
01/04/2025	3			0	0	0
02/04/2025	4					
03/04/2025	4					
04/04/2025						
05/04/2025	0	0	0	1		
06/04/2025	0	0	0	1		
07/04/2025	8	0	0			
08/04/2025						
09/04/2025	7	0	0	0	0	2
10/04/2025	5	0	0	0	0	0
11/04/2025	3	1	0	0	0	1
12/04/2025	2	0	1	0	0	
13/04/2025	7	3	0	0	0	3
14/04/2025	3	8	0	0	0	8
15/04/2025	1					
16/04/2025	3	0	0	0	0	0
17/04/2025	6	0	0	0	0	0
18/04/2025	0	0	0			
19/04/2025	0	0	0			
20/04/2025	0	0	0			
21/04/2025	0	0	0			
22/04/2025	3	0	0			
23/04/2025						
24/04/2025	3	0	0	0	0	0
25/04/2025	2	2	0	0	0	2
26/04/2025	4	1	0	0	0	0
27/04/2025	0	0	0	0	0	0
28/04/2025	3	4	0	0	0	0
29/04/2025	0	0	0			0
30/04/2025	3	0	1			0
SOMA	74	19	2	2	0	16

Fonte: Autoria própria



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANA BEZERRA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
Praça Tequinha Farias, nº 13 - Bairro Centro, Santa Cruz/RN, CEP 59200-000
- <http://huab-ufrn.ebserh.gov.br>

Certidão

Processo nº 23527.005112/2025-80

Interessado: @interessados_virgula_espaco@

Certidão de requerimento de assinaturas referentes à elaboração, análise, validação e aprovação do documento institucional **PROTOCOLO DE CONDUTAS NUTRICIONAIS EM OBSTETRÍCIA (51189831)**, revisado pela equipe de **Nutrição Clínica**, da **Unidade Multiprofissional**, do **HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANA BEZERRA, DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE**.

Elaboração Soraya Helena Penha do Nascimento - UMULTI/GAS Niegia Graciely de Medeiro Alves - UMULTI/GAS Kalogenia Niegia Lopes Almeida - UMULTI/GAS Natália Ferreira de Souto - UAS/CES/UFCG	Data: 26/06/2025
Análise José Ferreira Lima - UMULTI/GAS	Data: 26/06/2025
Validação Wilton Nogueira de Abreu – STGQ/SUP Franciane Carla de Souza Bento – STGQ/SUP	Data: 08/07/2025
Aprovação Ana Cristina Santos Fernandes Pereira - SFH/DCDT/GAS	Data: 08/07/2025



Documento assinado eletronicamente por **Soraya Helena Penha do Nascimento, Nutricionista**, em 10/07/2025, às 16:45, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **José Ferreira Lima, Chefe de Unidade**, em 10/07/2025, às 16:48, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Niegia Graciely de Medeiros Alves, Nutricionista**, em 12/07/2025, às 10:31, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Ana Cristina Santos Fernandes Pereira, Chefe de Unidade, Substituto(a)**, em 05/08/2025, às 15:57, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Wilton Nogueira de Abreu, Técnico(a) em Enfermagem**, em 05/08/2025, às 15:57, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Kalogênia Niedja Lopes Almeida, Nutricionista**, em 07/08/2025, às 13:42, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **51190020** e o código CRC **56B9F5EE**.
