

## Nutrição Materna: Comendo por dois

Dra Licinia de Campos

“Picles com sorvete” pode parecer estranho para qualquer pessoa, mas não para uma grávida. Os gostos de uma futura mamãe podem fugir das linhas normais, com “desejos” inesperados que às vezes se prolongam por toda a gravidez. Estas mudanças no paladar, na maioria das vezes, refletem mudanças nas necessidades nutricionais.

Tais mudanças são devidas parcialmente às demandas de nutrição do feto e parcialmente a outras variações psicológicas que afetam a absorção e metabolismo dos nutrientes. Estas mudanças ajudam a assegurar o desenvolvimento normal do bebê e preenchem as demandas subsequentes de lactação.

Ainda não se sabe exatamente quantos nutrientes são trocados entre a mãe e o feto. No passado, essa relação era vista como hospedeiro- parasita, com o feto no papel de parasita, sugando tantos nutrientes quanto necessários da mãe hospedeira. Mas as pesquisas recentes têm demonstrado que o feto não é um perfeito parasita. Algumas vezes o feto é mais afetado que a mãe na falta de nutrientes, e há uma relação entre o ganho de peso maternal e o crescimento e desenvolvimento do feto. Contrário à idéia do parasitismo fetal, parece haver mecanismos de retroalimentação na mãe que reduziriam o suprimento maternal para o feto quando os nutrientes estão em carência. (Rosso, 1982)

As mudanças das necessidades nutricionais na gravidez parecem estar relacionadas com a adaptação do organismo à gravidez porque as mudanças aparecem muito cedo para estarem respondendo somente às necessidades fetais. (Hyttén and Thomson, 1977). Tais mudanças incluem redução de eletrólitos, proteínas, glicose, vitamina B12, folato, vitamina B6 e um aumento em lipídeos, triglicérides e colesterol no sangue.

As conseqüências da má nutrição maternal podem incluir problemas de saúde para a mãe e para a criança de nascimento precoce, que pode ser deficiência nutricional ou outras.

Os nutrientes para o feto vêm da dieta da mãe, os nutrientes armazenados nos ossos e tecidos da mãe, e síntese de certos nutrientes da placenta. A placenta facilita a transferência de nutrientes, hormônios e outras substâncias da mãe para o feto.

Se a mãe foi mal nutrida, a placenta não realiza sua função tão bem. (Alfin-Slater, 1980).

A Divisão de Alimentos e Nutrição da Academia Nacional de Ciências nos EUA especificam certos aumentos nas RDAs (nutrientes recomendados na dieta diária) para grávidas e lactantes. É necessário mais ferro não somente por causa da demanda fetal, mas também porque o volume sanguíneo materno pode aumentar em até 30%. Como esta requisição pode não ser suprida totalmente pela dieta, nem pela existência de armazenamento em

muitas mulheres, a suplementação em ferro de 30-60mg é recomendada, sob a supervisão de um profissional de saúde.

O efeito principal da inadequação do ferro durante a gravidez é a anemia ferropriva, que torna a mãe menos apta a lutar contra uma infecção e menos apta a tolerar a hemorragia durante o nascimento. Tem sido sugerido que a "pica", o desejo por substâncias com pouco ou nenhum valor nutricional, pode estar associada com a deficiência de ferro. Embora a pica ocorra durante a gravidez em grupos étnicos ou em áreas geográficas determinadas, é mais prevalente entre as mulheres de raça negra. As substâncias ingeridas mais comumente são pó, cinza, barro, amido e gelo. A preocupação sobre esta prática é grave. Primeiro, a ingestão destas substâncias pode tomar o lugar da alimentação nutricionalmente adequada. Segundo, algumas substâncias da pica (como carvão ou naftalina) contém substâncias tóxicas. Terceiro, algumas delas, como amido, são ricas em calorias e podem contribuir para a obesidade. Quarto, a composição química destas substâncias pode interferir com a absorção de minerais. Embora não se saiba até onde a anemia é causa dos efeitos da pica, os desejos diminuem quando a anemia é corrigida.

A Mãe Natureza dá uma mãozinha na gravidez, aumentando a absorção do ferro. Uma mulher normalmente absorve cerca de 10% do ferro presente nos alimentos consumidos. Uma grávida, contudo, pode absorver até o dobro. Além do mais, o feto armazena ferro durante o último mês ou nos dois últimos de gestação. As melhores fontes de ferro são a carne vermelha (especialmente fígado e outros órgãos), gemas e leguminosas (feijões). Oitenta e cinco gramas de carne bovina magra fornecem 13% da RDA em ferro.

A gravidez dobra a necessidade feminina de folato (ácido fólico ou folacina). Contudo, não há um consenso universal sobre a necessidade de suplementação em folato para todas as grávidas. Pode-se obter mais folato, consumindo mais hortaliças folhosas, certas frutas e fígado, assim como outros órgãos. A deficiência em folato pode resultar numa condição chamada de anemia megaloblástica, que ocorre mais frequentemente no último trimestre da gravidez. Nesta condição, o coração da mãe, fígado e baço podem aumentar de tamanho, e a vida do feto pode correr perigo.

Como o ácido fólico é crucial para a multiplicação celular, as necessidades do feto são priorizadas às da mãe. Portanto, a saúde materna é mais adversamente afetada em primeiro lugar. Em contraste à absorção de ferro na gravidez, a absorção de ácido fólico pode ser inviável pelas mudanças hormonais na gravidez.

As grávidas também têm um aumento na necessidade de vitamina B6 e B12. A vitamina B6 pode ser suprida pelo consumo de mais grãos integrais, leite, gemas e órgãos (fígado, rins, miolos, etc). A vitamina B12 ocorre somente em alimentos de origem animal, incluindo carne bovina, ovos e derivados do leite. Como só é encontrada em tais alimentos, os vegetarianos que não consomem ovos ou queijos (vegetarianos restritos) devem consultar um profissional de saúde acerca da necessidade de suplementação de vitamina B12. A deficiência severa de vitamina B12 na gravidez é rara. Oitenta e cinco gramas de carne bovina fornecem 36% da RDA em vitamina B12.

Se a grávida tiver a intenção de consumir suplementos vitamínicos e minerais durante a gravidez, estes devem atender os níveis de RDA. Grandes

doses de vitaminas e minerais devem ser evitadas. Em estudos animais, megadoses de vitaminas A e D resultaram em defeitos fetais. O mesmo supostamente deve ocorrer em seres humanos.

Mulheres grávidas adultas necessitam de 400mg a mais de cálcio diariamente. Isto representa cerca de 50% a mais que o recomendado para mulheres de 25 anos ou acima. Quase todo o cálcio extra vai para os ossos do bebê. Esta necessidade geralmente é suprida pelo aumento do consumo de mais produtos lácteos. Se não houver cálcio suficiente na dieta materna, o feto pode retirar o cálcio dos ossos da mãe. A deficiência em cálcio na gravidez pode resultar em osteopenia (diminuição da densidade óssea) na mãe.

A Natureza também ajuda a suprir o cálcio extra, necessário na gravidez, aumentando a sua absorção. É perdido em menor quantidade na urina e fezes, e a sua passagem através da placenta para o feto é facilitada.

Uma grávida necessita de 3 ou mais porções de leite e derivados por dia para obter 1200mg de cálcio. Para mulheres intolerantes à lactose, há vários produtos no mercado, com baixo teor de lactose e/ ou redução. Algumas vezes, suplementação em cálcio é solicitada pelo médico. Mas as grávidas não devem tomar suplementos em cálcio sem prescrição e muito menos consumir produtos ósseos e dolomita, pois o FDA (Departamento de Alimentos e Drogas dos EUA) detectou que podem conter quantidades substanciais de chumbo. O chumbo pode ser prejudicial tanto para a mãe quanto para o feto.

A conduta sobre ganho de peso durante a gravidez mudou nos últimos anos. No passado, grávidas eram instadas a ganhar cerca de 7,5kg. Pensava-se que um ganho maior estava relacionado a certo número de problemas. O mais preocupante destes problemas era toxemia (também chamada de Hipertensão Induzida por Gravidez), uma condição de origem desconhecida, que ocorre após a 20<sup>a</sup>. semana de gravidez e que envolve pressão sanguínea alta e proteína na urina ou retenção hídrica ou ambos. Embora um grande ganho de peso rápido, retenção hídrica e elevação da pressão sanguínea continuem a ser reconhecidos como sinais perigosos de toxemia, a maioria dos médicos concordam que o ganho de peso por si só não causa toxemia. As conseqüências na restrição do ganho de peso, de fato, parecem ser potencialmente mais perigosas, particularmente ao feto, que o ganho de peso sem restrição, mesmo em mulheres que estejam com sobrepeso pré- gravidez.

A alimentação deve ser bem monitorada, pois a grávida pode não obter suficientes proteínas, vitaminas e minerais para a nutrição adequada de seu bebê. A ingestão baixa em calorias pode resultar em quebra (lise) da gordura armazenada na mãe, conduzindo à produção das chamadas cetonas no seu sangue e urina. A produção de cetonas é sinal de fome, de privação. A produção crônica de cetonas pode resultar em uma criança com retardo mental.

Por estes motivos, a Academia Nacional de Ciências dos EUA recomenda que grávidas consumam uma média de 150 kcal a mais por dia no primeiro trimestre e 350kcal a mais por dia nos dois trimestres subseqüentes. Um ganho total de peso de cerca de 12,5 a 15kg é geralmente recomendado, com o padrão real de ganho sendo considerado mais importante que o número de quilos. O ganho em peso deve ser minimizado durante o primeiro trimestre, e

deve aumentar lentamente, com a grávida ganhando a maioria do peso no seu terceiro trimestre, quando o feto e a placenta estiverem crescendo mais.

Os efeitos da sub nutrição no tamanho da criança é maior quando ocorre privação nutricional durante os três primeiros meses. O ganho de peso no segundo trimestre é devido basicamente ao aumento do tecido, volume de sangue e armazenamento de gordura, engrandecimento do útero e seios.

Junto com o aumento de calorias totais, a grávida necessita de proteína de alta qualidade diariamente, sendo a quantia aproximada equivalente a 2 ovos grandes e 60g de queijo ou uma porção de 120g de carne.

Durante a gravidez, os depósitos de gordura podem aumentar mais de 1/3 da quantidade total que a mulher tinha antes de ficar grávida. A maioria das mulheres perde este peso extra no processo de parto ou no período de várias semanas após. A amamentação ajuda a depletar a gordura depositada durante a gravidez. Uma mulher que amamenta gasta 600 a 800 mais calorias que uma que não o faz. A mulher que nutre seu bebe também tem suas necessidades aumentadas por nutrientes específicos.

Estas 600 a 800 calorias diárias incluem tanto o valor nutritivo do leite produzido quanto a energia necessária para sintetizar o leite da lactose, proteína e gordura. Mulheres severamente desnutridas produzem menos leite. Contudo, mulheres obesas produzem a mesma quantidade de leite que as de peso médio. A quantidade de vitaminas no leite humano, particularmente as vitaminas hidrossolúveis como C e complexo B, estão relacionadas intimamente com a quantidade presente na dieta da mãe. A concentração de elementos traços tais como fluoreto de cobre, ou de vitaminas lipossolúveis, parece ser menos dependente das flutuações dos hábitos alimentares maternos.

A gravidez é um estado natural, saudável, e a maioria das mudanças nas grávidas ocorrem sem efeitos colaterais. Mas algumas mudanças fisiológicas são motivo de preocupação médica em particular. No passado, a tendência das grávidas em reter água levava à restrição de ingestão de sódio. Quando a retenção hídrica é severa, são prescritos freqüentemente diuréticos para evitar toxemia. Contudo, a visão de restrição em sódio mudou atualmente. Hoje, há consideráveis opiniões médicas de que a gravidez é uma condição depletadora de sal. E mais, a privação de sódio pode ser perigosa ao feto. Contudo, as grávidas devem ficar atentas para que sua ingestão de sódio não exceda em grande parte a RDA.

O açúcar é outra preocupação na gravidez. Virtualmente, todas as mulheres excretam mais glicose (uma forma de açúcar) na sua urina quando estão grávidas. Este é um dos ajustes fisiológicos normais na gravidez e não causa preocupação na maioria das mulheres. É significativa somente em algumas mulheres que têm tendência a diabetes e que podem portanto se tornar diabéticas durante a gravidez.

Portadoras de diabetes devem ser monitoradas constantemente para se certificarem que suas taxas de glicose sanguínea estão em nível normal. Se a glicose subir rapidamente no sangue materno, o açúcar penetrado na placenta pode resultar em um feto super desenvolvido, grande, e numa criança com anormalidades no nível de glicose sanguínea. As portadoras de diabetes também podem sofrer de maior perda de alguns nutrientes.

Náusea no começo da gravidez é outra condição que com frequência pode ser manipulada nutricionalmente. As recomendações são as seguintes:

- ✓ Manter refeições pequenas, e evitar longos períodos sem alimentação;
- ✓ Beber fluidos entre as refeições, evitando durante;
- ✓ Evitar alimentos que sejam gordurosos, fritos ou muito condimentados.

O aumento da habilidade tecnológica em diagnosticar precocemente defeitos natais na gravidez, fez com que o foco de atenção na maneira de corrigir certos defeitos fetais se direcionasse para a manipulação da dieta materna. Por exemplo, os pesquisadores estão investigando o uso de suplementos vitamínicos e minerais para evitar os defeitos do tubo neural, que é a falha o tubo neural do feto em fechar por causa das anormalidades no cordão espinhal. Outros investigadores estão pesquisando maneiras da nutrição materna ajudar os fetos com defeitos natais hereditários, geralmente erros inatos do metabolismo, nos quais certos nutrientes não são processados normalmente.

Os efeitos da dieta materna no bebe começam bem antes de gravidez. O armazenamento de gordura, proteína e outros nutrientes aumentam nos anos anteriores à gravidez para a nutrição fetal.

Os impactos nutricionais da mulher e seu peso na gravidez exercem grande influência no peso da criança recém nascida.

Ficar grávida é como enfrentar uma competição física. É necessário estar preparada para essa competição.

#### **Referências bibliográficas:**

1. ROSSO, Pedro, and S.A. Lederman. 1982. "Nutrition in the Pregnant Adolescent." In Myron Winick, editor, *Adolescent Nutrition*. New York: John Wiley & Sons.
2. THOMSON A.M. and F.S. HYTTEN (1977). *Physiological Basis of Nutritional Needs during Pregnancy and Lactation*. In *Nutrition Impacts on Women*, Ed Moghissi KS and Evans T.N., Harper and Row London.
3. R B Alfin-Slater, and L Aftergood, "Lipids," *Modern Nutrition in Health and Disease*, 6th ed, 1980, R S Goodhart and M E Shils, eds, Lea and Febiger, Philadelphia, p 134.