

MINISTÉRIO DA SAÚDE

CADERNOS de ATENÇÃO BÁSICA

ESTRATÉGIAS PARA O CUIDADO DA PESSOA COM DOENÇA CRÔNICA
OBESIDADE



38

Brasília – DF
2014

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica

ESTRATÉGIAS PARA O CUIDADO DA PESSOA COM DOENÇA CRÔNICA
OBESIDADE

Cadernos de Atenção Básica, nº 38

Brasília – DF
2014



© 2014 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <www.saude.gov.br/bvs>. O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página: <www.saude.gov.br/editora>.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Sem Derivações 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Tiragem: 1ª edição – 2014 – 20.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica
Edifício Premium, SAF Sul, Quadra 2,
Lote 5/6, Bloco II, Subsolo
CEP: 70.070-600 – Brasília/DF
Fone: (61) 3315-9031
E-mail: dab@saude.gov.br
Site: dab.saude.gov.br

Maria Natacha Toral Bertolin
Mariana Carvalho Pinheiro
Pablo de Lannoy Stürmer
Renata de Souza Escobar
Sandra Matsudo
Tanara Vogel Pinheiro

Editor geral:

Héider Aurélio Pinto

Colaboração:

Beatriz Martins da Costa Maciel
Mara Lucia dos Santos Costa

Editor técnico geral:

Patrícia Constante Jaime
Patrícia Sampaio Chueiri

Editora responsável:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria-Executiva
Subsecretaria de Assuntos Administrativos
Coordenação-Geral de Documentação e Informação
Coordenação de Gestão Editorial
SIA, Trecho 4, lotes 540/610
CEP: 71200-040 – Brasília/DF
Tels.: (61) 3315-7790 / 3315-7794
Fax: (61) 3233-9558
Site: <http://editora.saude.gov.br>
E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Coordenação técnica geral:

Patrícia Constante Jaime

Revisão técnica geral:

Ana Carolina Feldenheimer da Silva

Autores:

Aline Schilling Copstein.
Ana Carolina Feldenheimer da Silva
Aneron de Avila Canals
Carolina Belomo de Souza
Danielle Keylla Alencar Cruz
Danusa Santos Brandão
Gisele Ane Bortolini
José Eudes Barroso
Lena Azeredo de Lima

Equipe editorial:

Normalização: Amanda Soares
Revisão: Marcia Medrado Abrantes e Eveline de Assis
Capa, projeto gráfico e diagramação: Marcelo Gomes

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.

Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica : obesidade / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

212 p. : il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 38)

ISBN 978-85-334-2121-9

1. Obesidade – prevenção e controle. 2. Comportamento alimentar. 3. Promoção da saúde. I. Título.

CDU 616-056.2

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2014/0121

Títulos para indexação:

Em inglês: Strategies for the care of the person with chronic disease: Obesity

Em espanhol: Estrategias para el cuidado de la persona con enfermedad crónica: Obesidad

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 – Fluxograma descritivo de atividades para a Atenção à Saúde, segundo classificação do IMC na Atenção Básica para indivíduos adultos.....33**
- Figura 2 – Fluxograma para atendimento de crianças e de adolescentes com excesso de peso50**
- Figura 3 – Avaliação do traçado da curva de acompanhamento do estado nutricional da gestante, segundo o gráfico de Índice de Massa Corporal, por semana gestacional.....63**
- Figura 4 – Proposta de algoritmo para avaliação dos estágios de mudança em relação à perda de peso80**
- Figura 5 – Proposta para o processo de estabelecimento de metas.....82**

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Ponto de corte de IMC, de acordo com a idade, para diagnóstico de excesso de peso e de obesidade.....	39
Tabela 2 – Critérios para classificação do estado nutricional, de acordo com os índices antropométricos.....	40
Tabela 3 – Valores críticos e índices antropométricos para classificação do estado nutricional de adolescentes.....	46
Tabela 4 – Ponto de corte de IMC, de acordo com a idade, para diagnóstico de excesso de peso e de obesidade.....	47
Tabela 5 – Ponto de corte para avaliação de sobrepeso e obesidade para gestantes adolescentes.....	60
Tabela 6 – Valores de pressão arterial no consultório, Mapa, Ampa e MRPA, que caracterizam hipertensão, hipertensão do avental branco e hipertensão mascarada.....	69
Tabela 7 – Valores preconizados para o diagnóstico de DM tipo 2 e seus estágios pré-clínicos.....	69

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Classificação do estado nutricional para adultos (20 a 60 anos).....	37
Quadro 2 – Verificação de fatores dietéticos relacionados à obesidade infantil e na adolescência	52
Quadro 3 – Classificação do estado nutricional para idosos (acima de 60 anos).....	53
Quadro 4 – Conduta para calcular a semana gestacional a partir da data da última menstruação (DUM).....	59
Quadro 5 – Ganho de peso (kg) recomendado durante a gestação, segundo o estado nutricional inicial.....	62
Quadro 6 – Observações em caso de gestantes adolescentes e gestação múltipla.....	65
Quadro 7 – Interpretação do edema na gestação.....	65
Quadro 8 – Contraindicações a exercício aeróbico e sinais para interrupção do exercício físico durante a gestação.....	66
Quadro 9 – Classificação do risco aumentado para doenças cardiovasculares de acordo com a circunferência de cintura.....	68
Quadro 10 – Recomendações dos teores de lipídios ou gorduras no sangue.....	68
Quadro 11 – Doenças endócrinas associadas ao excesso de peso.....	71
Quadro 12 – Síntese das diretrizes do <i>Guia Alimentar</i>	84
Quadro 13 – Exemplos de frutas, verduras e legumes.....	86
Quadro 14 – Classificação dos tipos de fibras.....	87
Quadro 15 – Tipos de ácidos graxos alimentares.....	91
Quadro 16 – Definição dos termos <i>diet</i> e <i>light</i>	95
Quadro 17 – As dimensões do PRACTICE.....	103
Quadro 18 – Papéis comumente adotados por familiares de pessoas com obesidade.....	103
Quadro 19 – Medicamentos associados ao ganho de peso.....	151
Quadro 20 – Diretrizes gerais para o tratamento cirúrgico da obesidade e acompanhamento pré e pós-cirurgia bariátrica.....	156
Quadro 21 – Evolução dietética no pós-operatório da cirurgia bariátrica.....	158
Quadro 22 – Critérios diagnósticos para anorexia nervosa segundo o DSM-IV e a CID-10....	165
Quadro 23 – Critérios diagnósticos para bulimia nervosa segundo o DSM-IV e a CID-10.....	167

Sumário

Apresentação	13
1 Introdução	17
Referências.....	21
2 Conceito.....	23
2.1 Instrumentos para avaliação do estado nutricional	25
Referências	27
3 Classificação, diagnóstico e manejo da obesidade.....	29
3.1 Organização da atenção para prevenção e controle da obesidade	31
3.2 Organização da linha de cuidado das pessoas com sobrepeso e obesidade	31
3.3 Classificação	36
3.3.1 Adultos	36
3.3.1.1 Classificação do estado nutricional	36
3.3.2 Um olhar sob a perspectiva das fases do curso da vida.....	38
3.3.3 Crianças	38
3.3.4 Abordagens para o manejo do sobrepeso e da obesidade em lactentes, pré-escolares e escolares	41
3.3.5 Adolescentes	45
3.3.5.1 Abordagens para o manejo do sobrepeso e da obesidade em adolescentes	48
3.3.6 Intervenção para crianças e adolescentes com excesso de peso	50
3.3.7 Abordagem geral.....	50
3.3.8 Idosos.....	53
3.3.8.1 Classificação do estado nutricional	53
3.3.8.2 Modificações fisiológicas ocasionadas pelo envelhecimento.....	55
3.3.8.3 Cuidado especial no acompanhamento do idoso obeso	56
3.3.8.4 Cuidados com a alimentação.....	56
3.3.9 Gestantes.....	58

3.3.9.1 Cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) da gestante	58
3.3.9.2 Cálculo da semana gestacional	58
3.3.9.3 Classificação do diagnóstico nutricional	59
3.3.9.4 Gestante adolescente.....	60
3.3.9.5 Acompanhamento e controle do ganho de peso e do estado nutricional durante a gestação	62
3.3.9.6 Ganho de peso	62
3.3.9.7 Acompanhamento da evolução do estado nutricional	63
3.3.9.8 Edema	65
3.3.9.9 Atividade física durante a gestação	66
3.3.9.10 Nutrizes.....	66
3.3.10 Mulher na menopausa	67
3.3.11 Outros exames que devem ser realizados em pacientes com excesso de peso (IMC >25 kg/m ²)	68
3.3.11.1 Circunferência da cintura	68
3.3.11.2 Lipidograma	68
3.3.11.3 Pressão arterial	68
3.3.11.4 Glicemia	69
3.3.11.5 Avaliação do risco cardiovascular.....	70
3.3.11.6 Avaliação de condições endócrinas.....	70
3.3.11.7 Obesidade e câncer	71
Referências	72
Bibliografia complementar	75

4 Estratégias de abordagem 77

4.1 Estabelecimento de um plano de ação para mudança de comportamento com foco na promoção da alimentação saudável e atividade física.....	79
4.2 Avaliação do estágio de mudança do comportamento	79
4.3 Avaliação do consumo alimentar	81
4.4 Orientação alimentar com vistas à promoção do peso saudável	83
4.4.1 Diretriz 1 – Os alimentos saudáveis e as refeições.....	84
4.4.2 Diretriz 2 – Cereais, tubérculos e raízes.....	85
4.4.3 Diretriz 3 – Frutas, legumes e verduras (FLV)	86
4.4.3.1 Fibras.....	87

4.4.4 Diretriz 4 – Feijões e outros alimentos vegetais ricos em proteínas.....	87
4.4.5 Diretriz 5 – Leites e derivados, carnes e ovos.....	88
4.4.5.1 Leites e derivados.....	88
4.4.5.2 Carnes (bovinos, suínos, aves e peixes) e ovos	89
4.4.6 Diretriz 6 – Gordura, açúcares e sal	89
4.4.6.1 Recomendação em relação ao valor energético total (VET)	90
4.4.6.2 Gordura trans	90
4.4.6.3 Açúcar	92
4.4.6.4 Sal.....	92
4.4.7 Diretriz 7 – Água.....	93
4.5 Alimentos <i>diet</i> e <i>light</i>	95
4.6 Edulcorantes	96
Referências	97

5 Abordagem cognitivo-comportamental 99

5.1 Classificando o pensamento disfuncional	101
5.2 Identificando desencadeantes e modificando o pensamento disfuncional	101
5.3 Abordagem familiar	102
5.4 O trabalho com grupos: uma estratégia para a construção coletiva do conhecimento	104
5.4.1 Composição dos grupos.....	104
5.4.2 Atividades educativas sobre alimentação saudável	105
5.5 Recomendações importantes para o cuidado integral	106
5.6 Práticas alimentares e o resgate da culinária para saúde e prazer no cotidiano da população	107
5.7 A busca por uma alimentação saudável.....	108
5.8 Valorização de ganhos na saúde e no bem-estar	109
Referências.....	111
Bibliografia complementar	112

6 Promoção da saúde, educação em saúde e prevenção da obesidade 113

6.1 A prevenção e o controle da obesidade nos diferentes níveis organizacionais da Atenção à Saúde.....	120
Referências	124

7 Promoção da atividade física	127
7.1 Nível de atividade física	130
Referências	135
Bibliografia complementar	135
8 Tratamento dietoterápico	137
Referências	148
9 Tratamento medicamentoso	149
10 Tratamento cirúrgico	153
10.1 Atenção dietética na cirurgia bariátrica	157
10.1.1 Pré-operatório	157
10.1.2 Pós-operatório	157
10.2 O papel dos profissionais da Atenção Básica na cirurgia bariátrica	159
Referências	160
Bibliografia complementar	160
11 Distúrbios alimentares: bulimia, compulsão alimentar e transtornos alimentares ...	161
11.1 Anorexia nervosa	164
11.2 Bulimia nervosa	166
11.3 Transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP)	167
11.4 O papel da Atenção Básica nos transtornos alimentares	168
11.5 Instrumentos para avaliação dos transtornos alimentares	169
Referências	170
Bibliografia complementar	171
12 Mitos e tabus sobre dietas da moda	173
Referências	178
Apêndice	179
Apêndice A – Indicadores para a linha de cuidado das pessoas com excesso de peso	181
Anexos	185
ANEXO A – Formulário de marcadores de consumo alimentar para crianças menores de 2 anos, crianças com 2 anos ou mais, adolescentes, adultos, gestantes e idosos	187
ANEXO B – Critérios de Tanner para a avaliação do desenvolvimento puberal feminino e masculino	188

ANEXO C – Avaliação do estado nutricional da gestante, segundo o Índice de Massa Corporal (IMC), por semana gestacional	190
ANEXO D – Gráfico de Acompanhamento Nutricional da Gestante – Índice de Massa Corporal, segundo semana de gestação.....	191
ANEXO E – Lista de substituições de alimentos.....	192
ANEXO F – Questionário de Prontidão para Atividade Física (Q-PAF)	194
ANEXO G – Equações para estimar a taxa metabólica basal, segundo idade e sexo	195
ANEXO H – Dez passos para alimentação saudável de gestantes	198
ANEXO I – Dez passos para a alimentação saudável de crianças menores de 2 anos	199
ANEXO J – Dez passos para a alimentação saudável de crianças entre 2 e 10 anos	200
ANEXO K – Dez passos para a alimentação saudável de adolescentes.....	202
ANEXO L – Dez passos para a alimentação saudável de adultos.....	203
ANEXO M – Dez passos para a alimentação saudável de idosos.....	204
ANEXO N – Teste de Atitudes Alimentares – Eating Attitudes Test (EAT).....	205
ANEXO O – Escala de Compulsão Alimentar Periódica (Ecap).....	207

Apresentação

O panorama mundial e brasileiro de doenças crônicas não transmissíveis tem se revelado como um novo desafio para a saúde pública. A complexidade do perfil nutricional que ora se desenha no Brasil revela a importância de um modelo de Atenção à Saúde que incorpore definitivamente ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças crônicas não transmissíveis.

Neste cenário epidemiológico do grupo de doenças crônicas não transmissíveis, destaca-se a obesidade por ser simultaneamente uma doença e um fator de risco para outras doenças deste grupo, como a hipertensão e o diabetes, igualmente com taxas de prevalência em elevação no País. As prevalências de sobrepeso e obesidade cresceram de maneira importante nos últimos 30 anos.

O modo de viver da sociedade moderna tem determinado um padrão alimentar que, aliado ao sedentarismo, em geral não é favorável à saúde da população. A Política Nacional de Alimentação e Nutrição aponta a obesidade como um dos grandes desafios do contexto atual e suas diretrizes norteiam a organização do cuidado integral ao indivíduo com sobrepeso e obesidade, a vigilância alimentar e nutricional, a promoção da alimentação adequada e saudável, que devem ocorrer no cotidiano dos serviços de Saúde, assim como macropolíticas que potencializem uma vida mais saudável.

Considerando que os fatores de risco e proteção são muitas vezes comuns às doenças crônicas, que essas doenças podem estar associadas e que o tratamento não medicamentoso apresenta alto grau de semelhança entre elas, verificou-se a necessidade de revisar os *Cadernos de Atenção Básica*, trazendo abordagem conjunta.

Por isso, nesta Coleção serão publicadas as novas edições dos *Cadernos de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus*, além do lançamento do *Caderno de Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica*.

O *Cadernos de Atenção Básica, nº 38 – Obesidade* tem como objetivo subsidiar os profissionais de Saúde atuantes nos serviços de Atenção Básica do SUS para o cuidado integral da obesidade, com ênfase no manejo alimentar e nutricional.

Um dos principais destaques desta publicação é a abordagem integral e humanizada ao indivíduo com excesso de peso, com enfoque na promoção da saúde e prevenção de outras doenças crônicas não transmissíveis, a fim de incluir nas rotinas dos serviços de Atenção Básica a abordagem alimentar e nutricional como uma prática efetiva e cotidiana. Desta forma, espera-se que este *Caderno (CAB)* contribua para qualificar a atenção integral aos indivíduos com doenças crônicas não transmissíveis, especialmente nos casos que envolvam o excesso de peso, considerando o sujeito em sua singularidade e sua inserção sociocultural.

Introdução

1

A população brasileira passou por diversas mudanças nas últimas quatro décadas. Essas mudanças ocorreram na composição demográfica, com aumento na expectativa de vida e na proporção de idosos na população. Além da transição demográfica, também vivenciamos uma transição epidemiológica, com diminuição das doenças infecciosas e aumento das doenças crônicas e a transição nutricional, com queda da desnutrição em todas as idades e aumento do excesso de peso, em todas as idades e classes de renda. Essa realidade tem implicações no que se refere ao complexo quadro de saúde-doença do País, uma vez que os problemas ambientais, de violência e do processo de envelhecimento populacional, com aumento das doenças e agravos não transmissíveis, somam-se aos problemas já existentes, como a morbimortalidade por doenças infecciosas e os problemas de saúde na infância (PAIM et al., 2011; SCHMIDT et al., 2011; BARRETO et al., 2011; VICTORA et al., 2011).

As doenças e agravos não transmissíveis vêm aumentando e, no Brasil, são as principais causas de óbitos em adultos, sendo a obesidade um dos fatores de maior risco para o adoecimento neste grupo. A prevenção e o diagnóstico precoce da obesidade são importantes aspectos para a promoção da saúde e redução de morbimortalidade, não só por ser um fator de risco importante para outras doenças, mas também por interferir na duração e qualidade de vida, e ainda ter implicações diretas na aceitação social dos indivíduos quando excluídos da estética difundida pela sociedade contemporânea (SCHMIDT et al., 2011).

No Brasil, segundo dados da última pesquisa de orçamentos familiares (POF 2008), cerca de 15% dos adultos apresentam obesidade e cerca de metade da população maior de 20 anos apresenta excesso de peso. O que mais chama a atenção nessa epidemia é a velocidade com que ela aumentou nas últimas décadas. Em 1975 (IBGE, 1976) a obesidade estava presente em 2,8% dos homens e 7,8% das mulheres; já em 2003, (IBGE, 2010) a prevalência entre homens era de 8,8% e de 12,7% em mulheres. Em 2009, a prevalência de obesidade era de 12,5% entre homens e de 16,9% entre as mulheres. O excesso de peso, que compreende o sobrepeso e a obesidade, atualmente acomete 50,1% dos homens e 48% das mulheres (IBGE, 2010). O aumento da obesidade é uma realidade não apenas no Brasil, mas praticamente em todos os países do chamado mundo ocidental, em todas as faixas de idade e em ambos os sexos (MONTEIRO, CONDE; POPKIN, 2007; POPKIN, 2010; POPKIN, 2011; JONES-SMITH et al., 2011).

Estudo recente realizado com os dados do Sistema de Vigilância de fatores de Risco e de Proteção para Doenças Crônicas Não Transmissíveis por meio de Inquérito Telefônico (Vigitel) também analisou a variação temporal do excesso de peso e da obesidade nas capitais brasileiras em um menor período de tempo. Observou-se que as prevalências de excesso de peso foram de 43%, 42,7%, 44,2% e 46,6% para cada ano do período de 2006 a 2009, respectivamente, e que para a obesidade as prevalências foram de 11,4%, 12,7%, 13,2% e 13,8%, no mesmo período de estudo. Verificou-se, ainda, que houve tendência de aumento de prevalência do excesso de peso para homens com 65 anos ou mais e que as mulheres com menos de 45 anos foram as

que mais contribuíram para o aumento nas prevalências de excesso de peso entre 2006 a 2009 (GIGANTE et al., 2011). A análise temporal dos dados do Vigitel apontam para um aumento anual de 1,08% e 0,72% nas taxas de excesso de peso e obesidade, respectivamente, entre e população adulta brasileira.

20

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a obesidade pode ser compreendida como um agravo de caráter multifatorial decorrente de balanço energético positivo que favorece o acúmulo de gordura, associado a riscos para a saúde devido à sua relação com complicações metabólicas, como aumento da pressão arterial, dos níveis de colesterol e triglicérides sanguíneos e resistência à insulina. Entre suas causas, estão relacionados fatores biológicos, históricos, ecológicos, econômicos, sociais, culturais e políticos (OMS, 2000).

O excesso de peso tem como determinantes proximais o padrão alimentar e o dispêndio energético. O padrão alimentar atual identificado por pesquisas nacionais evidenciam o fenômeno da transição nutricional na população brasileira, que se caracteriza pelo elevado percentual de consumo de alimentos ricos em açúcar, gorduras saturadas, trans e sal e pelo baixo consumo de carboidratos complexos e fibras. A evolução do padrão de consumo da população brasileira entre as décadas de 1970 e 2009 mostra as seguintes tendências: aumento do consumo de alimentos ultraprocessados (biscoitos, embutidos, refrigerantes, refeições prontas). Estabilização do consumo de frutas e hortaliças (que representam menos da metade da recomendação de consumo) e redução de consumo de alimentos básicos como ovos, gordura animal, peixe, leguminosas, raízes e tubérculos e arroz (IBGE, 2011).

A globalização, o *marketing* exacerbado de alimentos processados, o consumismo, a necessidade de prazeres rápidos e respostas imediatas contribuem para o aparecimento da obesidade como uma questão social. A obesidade envolve complexa relação entre corpo-saúde-alimento e sociedade, uma vez que os grupos têm diferentes inserções sociais e concepções diversas sobre estes temas, que variam com a história.

Este complexo cenário traz grandes desafios para a Rede de Atenção à Saúde do SUS, em especial para a Atenção Básica. Por sua proximidade ao cotidiano de vida das pessoas, tem maior poder de compreensão da dinâmica social e dos determinantes de saúde de cada território, tornando-se local privilegiado para desenvolvimento de ações de promoção de saúde e enfrentamento do excesso de peso que acomete o indivíduo, as famílias e a população. Assim, as intervenções para a reversão do excesso de peso, das populações e dos indivíduos, precisam considerar as diversas concepções presentes na sociedade sobre alimentação, atividade física, corpo e saúde. A Atenção Básica, além de acolher e tratar o indivíduo com excesso de peso, deve ser a ordenadora do cuidado e centro de comunicação entre os demais pontos da Rede de Atenção, garantindo o cuidado integral.

Referências

- BARRETO, M. L. et al. Successes and failures in the control of infectious diseases in Brazil: social and environmental context, policies, interventions, and research needs. **Lancet**, [S. l.], v. 377, n. 9780, p. 1877-1889, May 2011. Epub 2011 May 9.
- GIGANTE, D. P. et al. Variação temporal na prevalência do excesso de peso e obesidade em adultos: Brasil, 2006 a 2009. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 14, p. 157-165, set. 2011. Suplemento 1.
- IBGE. **Estudo Nacional da Despesa Familiar – Endef**. Rio de Janeiro, 1976.
- _____. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009**: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010.
- _____. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009**: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2011.
- JONES-SMITH, J. C. et al. Cross-national comparisons of time trends in overweight inequality by socioeconomic status among women using repeated cross-sectional surveys from 37 developing countries, 1989-2007. **Am. J. Epidemiol.**, [S.l.], v. 173, n. 6, p. 667-675, Mar. 2011.
- MONTEIRO, C. A.; CONDE, W. L.; POPKIN, B. M. Income-specific trends in obesity in Brazil: 1975-2003. **American Journal of Public Health**, Washington, v. 97, n. 10, p. 1808-1812, oct. 2007. Epub 2007 Aug. 29.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Obesity**: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity. Geneva, Switzerland: WHO, 2000. (WHO Technical Report Series, n. 894).
- PAIM J. et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **Lancet**, [S.l.], v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, May 2011.
- POPKIN, B. M. Is the obesity epidemic a national security issue around the globe? **Curr. Opin. Endocrinol. Diabetes Obes.**, [S.l.], v. 18, n. 5, p. 328-331, maio 2011.
- _____. Recent dynamics suggest selected countries catching up to US obesity. **Am. J. Clin. Nutr.**, [S.l.], v. 91, n. 1, p. 284S-288S, Jan. 2010.
- SCHMIDT M. I. et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **Lancet**, [S.l.], v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, June 2011.
- VICTORA C. G. et al. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. **Lancet**, [S.l.], v. 377, n. 9780, p. 1863-1876, May 2011.

Conceito

2

A obesidade é um agravo multifatorial originado, na maioria dos casos, pelo desbalanço energético, quando o indivíduo consome mais energia do que gasta (OMS, 1995). Esse desbalanço energético positivo resulta em ganho de peso. Há diversos métodos para avaliar se o peso de uma pessoa é excessivo. Na prática clínica cotidiana e para a avaliação em nível populacional, recomenda-se o uso do Índice de Massa Corporal (IMC) por sua facilidade de mensuração e por ser uma medida não invasiva e de baixo custo. O IMC é estimado pela relação entre o peso e a altura do indivíduo, expresso em kg/m² (ANJOS, 1992). O IMC, além de classificar o indivíduo com relação ao peso, também é um indicador de riscos para a saúde e tem relação com várias complicações metabólicas.

O conteúdo aqui apresentado faz parte da publicação: *Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional*: SISVAN (BRASIL, 2008).

Para o cálculo do IMC, são necessárias informações de peso (em quilogramas) e altura (em metros).

A fórmula para o cálculo do IMC é: peso (em kg) dividido pela altura² (em metros).

$$\text{IMC} = \frac{\text{peso (em kg)}}{\text{altura}^2 \text{ (em metros)}}$$

Para uma efetiva vigilância do estado nutricional dos usuários das Unidades de Saúde é necessário que a mesma esteja devidamente instrumentalizada para essa ação.

2.1 Instrumentos para avaliação do estado nutricional

- Equipamentos antropométricos: balança pediátrica e de plataforma; infantômetro (estadiômetro infantil ou horizontal) e estadiômetro vertical.
- Calculadora, planilha ou disco para a identificação do Índice de Massa Corporal (IMC).
- Cartões e cadernetas de acompanhamento do estado de saúde, por fase da vida:
 - Caderneta de Saúde da Criança, do Ministério da Saúde.
 - Caderneta de Saúde do Adolescente, do Ministério da Saúde.
 - Cartão da Gestante, do Ministério da Saúde.

◦ Caderneta do Idoso, do Ministério da Saúde.

- Gráficos ou tabelas de crescimento infantil (OMS 2006).
- Formulários de marcadores do consumo alimentar do Sisvan (Anexo A).

26

Os equipamentos para avaliação do estado nutricional devem estar disponíveis em quantidade suficiente e em boas condições de uso e de conservação. Devido ao aumento de usuários com excesso de peso, cada vez mais tornam-se necessárias balanças com capacidade para mensuração do peso corporal com capacidade maior do que 150 kg.

Referências

ANJOS, L. A. Índice de massa corporal (massa corporal estatura-2) como indicador do estado nutricional de adultos: revisão da literatura. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 26, n. 6, p. 431-436, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos do Sistema de Vigilância alimentar e nutricional SISVAN**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Physical status**: the use and interpretation of anthropometry. Geneva, 1995. (WHO Technical Report Series, n. 854).

Classificação, diagnóstico e manejo da obesidade

3

3.1 Organização da atenção para prevenção e controle da obesidade

O aumento da população que apresenta agravos crônicos não transmissíveis enfatiza a necessidade de organização do serviço de Saúde para atender a essa demanda de maneira organizada e qualificada. Atualmente, preconiza-se que o cuidado desses indivíduos seja organizado em Redes de Atenção à Saúde (RAS). As RAS provêm cuidados que visam melhorar a Atenção à Saúde em três níveis: no nível micro (os indivíduos e suas famílias), no nível meso (serviços de Saúde e a comunidade) e no nível macro (as macropolíticas de Saúde). As necessidades dos pacientes com condições crônicas são distintas daqueles com condições agudas, pois precisam de apoio continuado, não apenas de intervenções biomédicas, o cuidado deve ser planejado e de atenção capaz de prever suas necessidades. Para esse grupo a atenção necessita ser integrada e, para sua efetividade, tem de envolver tempo, oferta de cuidados de saúde e o empoderamento para o autocuidado (MENDES, 2011).

Nesse sentido, a prevenção e o controle da obesidade devem prever a oferta de um escopo amplo de ações que apoiem os indivíduos na adoção de modos de vida saudáveis que permita a manutenção ou a recuperação do peso saudável. Por isso, torna-se necessária a articulação da RAS com uma rede muito mais complexa, composta por outros saberes, outros serviços e outras instituições, não apenas do setor Saúde, ou seja, a busca da interdisciplinaridade e da intersetorialidade, e essencialmente a busca de parcerias na comunidade e equipamentos sociais, implementando novas formas de agir, mesmo em pequenas dimensões.

Neste escopo amplo de ações não se pode esquecer o papel fundamental dos próprios indivíduos, famílias e comunidades para adoção de modos de vida saudáveis e luta pela garantia de políticas públicas que promovam a vida saudável. Nesse sentido, a Rede de Atenção à Saúde, em especial as equipes de Atenção Básica, devem contribuir para o empoderamento dos indivíduos sobre suas condições de saúde de forma a auxiliá-los no processo de autocuidado. Ou seja, na atenção e ação que exercem sobre si mesmos para preservar e cultivar uma boa qualidade de vida de maneira responsável, autônoma e livre nas escolhas das ferramentas para a sua realização.

3.2 Organização da linha de cuidado das pessoas com sobrepeso e obesidade

Para a atenção ao indivíduo portador de sobrepeso e obesidade é necessária uma contínua ação de Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) para identificação dos casos, estratificação de risco e organização da oferta de cuidado. A VAN pode ser realizada em todos os pontos de atenção da rede, desde a Atenção Básica (AB) até a Atenção Hospitalar. Na AB, além das Unidades Básicas de Saúde (UBS), destacam-se outros equipamentos e programas que são locais privilegiados para a ação: o Programa Saúde na Escola tem como uma das ações do Componente 1 (Avaliação

das condições de saúde) realizar o diagnóstico nutricional dos educandos, que, ao serem diagnosticados com excesso de peso, devem ser encaminhados para a UBS. Outro importante ponto de atenção, situado na AB, são as Academias da Saúde e similares, espaço privilegiado para a realização de práticas de promoção à saúde constituindo-se em um espaço de captação de indivíduos com doenças crônicas, entre elas a obesidade.

32

Na rotina da Atenção Básica, a VAN deve fazer parte do cuidado às demandas espontânea e programada. Os atendimentos de puericultura, pré-natal, acompanhamento de hipertensos e diabéticos, por exemplo, são momentos oportunos para a mensuração do peso e da altura e para a classificação do estado nutricional dos indivíduos, além de conhecimento sobre os hábitos alimentares, permitindo identificar aqueles com excesso de peso e hábitos alimentares não saudáveis e orientando a oferta de cuidado para estes casos. As ações de pesar e medir também podem ser realizadas na atenção à demanda espontânea, que pode ser importante momento de captação de usuários com excesso de peso que não frequentam a UBS nas ações programadas.

Na prática do acolhimento, uma atribuição de todos os profissionais, é preciso estar atento aos aspectos relacionados à alimentação e à nutrição, considerando-os determinantes de saúde e levando em conta a subjetividade e a complexidade do comportamento alimentar (BRASIL, 2011).

Para além da Atenção Básica, os ambulatórios de especialidades, os hospitais e outros pontos de atenção que compõem a rede também devem estar sensíveis à captação do usuário com excesso de peso, identificando os casos e encaminhando os indivíduos para a Atenção Básica para que nesse espaço seja ordenado o cuidado do usuário na Rede de Atenção.

Para uma eficiente captação e acolhimento dessa demanda, os profissionais de Saúde devem estar capacitados e sensibilizados para essa temática, entendendo que o excesso de peso é um agravo à saúde, com grande influência no desenvolvimento de outras doenças crônicas e que a reversão desse quadro pode e deve ser, na maioria das situações, realizada na Atenção Básica.

A partir da classificação de risco segundo IMC e de acordo com cada fase do curso da vida as equipes de Atenção Básica terão subsídios importantes para organizar a atenção a indivíduos com excesso de peso/obesidade. O fluxograma a seguir sintetiza a oferta de cuidado para indivíduos adultos conforme classificação do IMC.

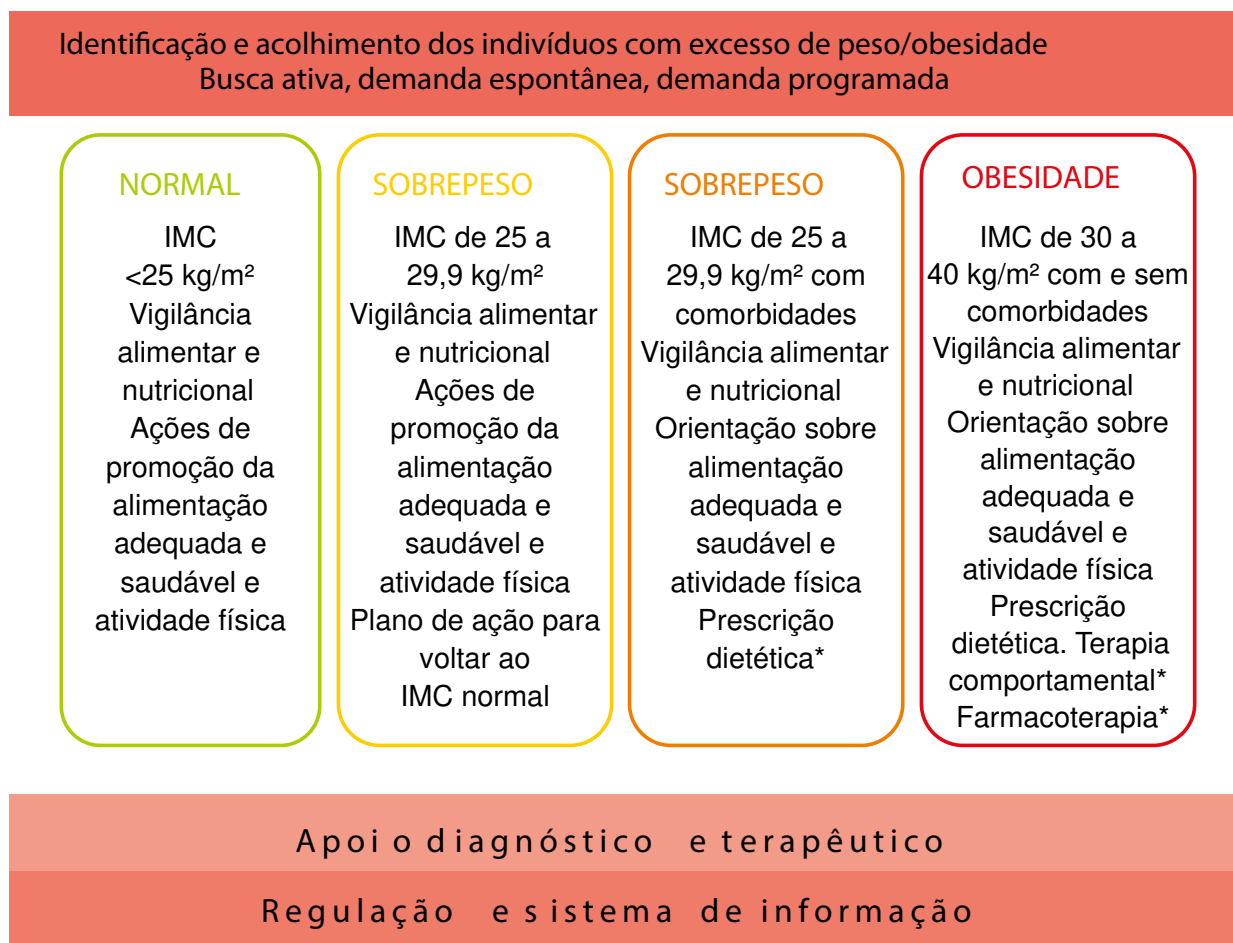
Neste CAB, serão fornecidas informações sobre o cuidado da obesidade nas demais fases do curso da vida que auxiliará as equipes na organização da atenção a gestantes, a crianças, a adolescentes e a idosos com excesso de peso/obesidade.

É fundamental garantir apoio diagnóstico e terapêutico para que a Atenção Básica seja resolutiva no controle dos casos de obesidade. Isto inclui aspectos de infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde (como rampas de acesso, portas largas, cadeiras, macas e balanças com capacidade para mais de 200 kg, esfigmomanômetro, entre outros), oferta e acesso regular a exames solicitados e a medicamentos prescritos, oferta de práticas integrativas e complementares, teleconsultoria, apoio matricial, articulação com demais pontos da RAS, entre outros.

Na prevenção e no tratamento do sobrepeso/obesidade, o apoio matricial interdisciplinar é um grande potencializador da resolutividade das equipes da Atenção Básica, pois promove

a ampliação dos saberes acerca da complexidade desses agravos e permite uma melhor oferta de cuidados. Nesse sentido, os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (Nasf) cumprem esse papel com as equipes de Saúde da Família, por se configurarem como equipes multiprofissionais. O Ministério da Saúde vem trabalhando no sentido de elaborar diretrizes para as ações dos Nasf, com o objetivo de avançar na qualificação das atividades das equipes, efetivando ações que vão da promoção à reabilitação, fundamentais para a garantia da integralidade (BRASIL, 2006a). Outras informações sobre a atuação dos Nasf podem ser encontradas em *Cadernos de Atenção Básica, n° 27* – Diretrizes do Nasf.

Figura 1 – Fluxograma descritivo de atividades para a Atenção à Saúde, segundo classificação do IMC na Atenção Básica para indivíduos adultos



Fonte: CGAN/DAB/SAS/MS.

Comorbidades: Hipertensão, diabetes, hiperlipidemia e/ou outras DCNT desencadeadas ou agravadas pela obesidade.

*Quando necessário, após avaliação com a equipe de Apoio Matricial.

Conforme o fluxograma acima, para indivíduos adultos, independentemente do IMC, é necessário garantir a oferta de ações de promoção da alimentação adequada e saudável e atividade física, seja na UBS ou em outros espaços no território, como as Academias da Saúde, os clubes, as praças etc. Neste CAB estão descritas orientações de como organizar essas ações.

Como já explicitado, a Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) também deve fazer parte das ações cotidianas das equipes, pois, além de permitir identificar a situação alimentar e nutricional da população adstrita e subsidiar a classificação de risco para organização da atenção, permite avaliar o impacto das ações desenvolvidas e acompanhar a evolução do estado nutricional de indivíduos, famílias e comunidade. Os instrumentos para realizar a VAN estão descritos neste CAB, nos itens "Instrumentos para avaliação do estado nutricional" e "Avaliação do consumo alimentar", que fazem parte dos protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan).

Nos casos de indivíduos que apresentam sobrepeso (IMC de 25 kg/m² a 29,9 kg/m²), mas sem comorbidades, as equipes de AB devem organizar, com estes indivíduos, planos de cuidado para retornar à faixa de IMC normal (IMC de 18,5 kg/m² a 24,9 kg/m²). Esta ação deve ser realizada preferencialmente em grupos operativos de forma a otimizar a oferta do cuidado, levando em conta as evidências que comprovam os melhores resultados deste tipo de ação, e também a alta prevalência de excesso de peso da população adulta, o que provocaria grande demanda de atendimentos individuais.

Para aqueles que já apresentam comorbidades, como hipertensão e diabetes, é fundamental que, nas consultas de acompanhamento, os profissionais estejam atentos ao estado nutricional e aos hábitos alimentares. Nesses casos, além de incluir os indivíduos nas atividades em grupo, é preciso avaliar a necessidade de prescrição dietética individual pelo nutricionista. Esta decisão deve ser discutida entre a equipe de Referência da AB e a equipe de Apoio Matricial, que pode ser a equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) ou outro arranjo matricial implantado no município ou regional de Saúde. A prescrição dietética deverá ser realizada por nutricionista da equipe de Apoio Matricial ou de outro ponto de Atenção à Saúde, de acordo com a disponibilidade desta oferta de cuidado na Rede de Atenção do município ou regional de Saúde.

Para tratamento dos casos de obesidade (IMC de 30 kg/m² a 40 kg/m²), com ou sem comorbidades, é necessária uma oferta terapêutica mais densa. As equipes de referência da AB com as equipes de Apoio Matricial devem avaliar a necessidade e organizar a oferta para estes indivíduos, quando for o caso, da terapia comportamental e da farmacoterapia no âmbito da Atenção Básica. Deve-se ofertar também para estes indivíduos ações em grupo para promoção da alimentação adequada e saudável e atividade física, mas observando a necessidade de grupo específico para obesos permitindo que estes indivíduos sintam-se melhor acolhidos em um grupo com as mesmas características.

Os casos mais complexos ou com IMC >40 kg/m² deverão ser assistidos em serviços de Atenção Especializada (ambulatorial ou hospitalar), desde que este esteja presente no território. Cabe à AB, por meio de suas equipes de Referência e de Apoio Matricial, ordenar a organização da rede municipal ou regional de Atenção à Saúde para garantir a oferta deste cuidado especializado. Ou seja, a partir da classificação de risco de sua população adstrita e da contínua Vigilância Alimentar e Nutricional, a AB deverá ser capaz de nortear a oferta de cuidado nos serviços de Atenção Especializada, informando o quantitativo de indivíduos que necessitam do cuidado nestes pontos de atenção e ordenando os casos prioritários de atendimento ao serviço especializado. O ideal é que a equipe de AB também ofereça outras opções terapêuticas (grupos de caminhada, atividade física etc.) para acompanhar de forma conjunta a evolução do tratamento desses indivíduos.

É importante que as equipes de AB mantenham o vínculo com os indivíduos enquanto são assistidos nos serviços de Atenção Especializada, assim como com as equipes de profissionais desses serviços, de forma a desempenhar seu papel de coordenadora do cuidado na Rede de Atenção à Saúde. Para tanto, é importante a implementação de mecanismos de gestão do cuidado nos municípios e regiões de Saúde, como bons sistemas de informação e de regulação, fóruns de discussão de casos e educação permanente dos profissionais.

A finalidade da organização de uma linha de cuidado das pessoas com sobrepeso e obesidade é fortalecer e qualificar a atenção à pessoa com esta doença por meio da integralidade e da longitudinalidade do cuidado, em todos os pontos de atenção. Leia mais sobre a organização do cuidado às pessoas com doenças crônicas em *Cadernos de Atenção Básica, n° 35* – Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica.

Resumo dos passos para a modelagem da linha de cuidado:

- Partir da situação-problema “atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade na Unidade Básica de Saúde” problematizando a história natural da doença e como deveria ocorrer a realização do cuidado destas pessoas (qual o fluxo assistencial que deve ser garantido para pessoas com sobrepeso e obesidade, no sentido de atender às suas necessidades de saúde?).
- Identificar quais são os pontos de atenção no município/distrito/região/estado e suas respectivas competências, utilizando uma matriz para sistematizar essa informação e lhe dar visibilidade (que ações esses pontos de atenção devem desenvolver incluindo ações promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas?).
- Identificar as necessidades das Unidades Básicas de Saúde (UBS) quanto ao sistema logístico para o cuidado dos usuários (cartão SUS, prontuário eletrônico, centrais de regulação, sistema de transporte sanitário), pontuando o que já existe e o que necessita ser pactuado com a gestão municipal/distrital/regional/estadual.
- Identificar as necessidades das UBS quanto ao sistema de apoio (diagnóstico, terapêutico, assistência farmacêutica e sistema de informação), pontuando o que já existe e o que necessita ser pactuado com a gestão municipal/distrital/regional/estadual.
- Identificar como funciona o sistema de gestão da rede (espaços de pactuação – colegiado de gestão, Programação Pactuada e Integrada (PPI), Comissão Intergestora Regional (CIR), Comissão Intergestora Bipartite (CIB), entre outros).
- Desenhar o itinerário terapêutico dos usuários na rede e relacionar as necessidades logísticas e de apoio necessárias. Definir os fluxos assistenciais que são necessários para atender às suas necessidades de saúde e às diretrizes ou aos protocolos assistenciais.
- Identificar a população estimada de pessoas com sobrepeso e obesidade e os diferentes estratos de risco e realizar a programação de cuidado de acordo com os parâmetros baseados em evidências que podem ser definidos localmente ou em âmbito estadual ou federal.

- Definir metas e indicadores que serão utilizados para monitoramento e avaliação das linhas de cuidado (Apêndice A).

Apesar de, em geral, as linhas de cuidado ainda serem organizadas por doenças, é essencial que a equipe avalie seu paciente integralmente, já que comumente o sobrepeso e a obesidade estão associados a outros fatores de risco/doenças. É importante lembrar de que não há necessidade de organizar o cuidado na Atenção Básica também de forma fragmentada, por doenças, sendo fundamental garantir o acesso e o cuidado longitudinal para a pessoa, independente de qual problema ela possui.

36

3.3 Classificação

De modo geral, o IMC pode classificar um indivíduo em: desnutrido (baixo peso); eutrófico (peso adequado); sobrepeso (peso acima do adequado) e obeso. Essa classificação tem diferentes pontos de corte que variam de acordo com a idade e sexo (menores de 19 anos de idade); de acordo com a idade gestacional (em mulheres grávidas) e entre idosos.

3.3.1 Adultos

Compreende todos os indivíduos com idade entre 20 e 60 anos incompletos.

Para a avaliação do estado nutricional de adultos, são necessárias as seguintes informações:

- Peso.
- Estatura.

Passos para a classificação do estado nutricional:

1. Mensuração do peso e da altura.
2. Cálculo do IMC.

3.3.1.1 Classificação do estado nutricional

Para a classificação do estado nutricional, são adotados os seguintes conceitos, segundo o valor do Índice de Massa Corporal do adulto:

Quadro 1 – Classificação do estado nutricional para adultos (20 a 60 anos)

Classificação do estado nutricional	Pontos de corte
Baixo peso	<18,5 kg/m ²
Eutrófico	≥18,5 e <25 kg/m ²
Sobrepeso	≥25 e <30 kg/m ²
Obesidade I	≥30 e <35 kg/m ²
Obesidade II	≥35 e <40 kg/m ²
Obesidade III	≥40 kg/m ²

Fonte: OMS, 1995.

Os pontos de corte adotados para o IMC seguem a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS, 1995). Indivíduos com IMC maior ou igual a 25 kg/m² são classificados como excesso de peso (sobrepeso ou obesidade) e devem receber atendimento específico para redução do peso a fim de promover a adequação do estado nutricional, com IMC menor do que 25 kg/m².

Procedimentos iniciais para a avaliação do perfil alimentar e nutricional:

- Pesar e medir o adulto.
- Realizar a aferição da medida da cintura do adulto.
- Calcular o IMC do adulto e classificar o seu estado nutricional.
- Avaliar os hábitos alimentares do adulto, a disponibilidade e a variedade de alimentos na família e o recebimento de benefícios provenientes de programas de transferência de renda e outros tipos de auxílio (cesta básica, leite etc.).
- Avaliar o nível de atividade física, avaliando todas as atividades realizadas: trabalho fora de casa, trabalhos domésticos, deslocamento, transporte, lazer, cuidado de crianças ou idosos etc.
- Realizar exame clínico.
- Avaliar exames bioquímicos.
- Avaliar outros dados clínicos e hábitos de saúde pertinentes (sinais clínicos de deficiências de micronutrientes, prática de atividade física, funcionamento intestinal etc.).

Ao ser classificado com o peso acima do adequado, IMC igual ou maior que 25 kg/m² (excesso de peso):

- Apresentar ao adulto o diagnóstico encontrado, explicar o que representa e dar as devidas orientações para cada caso (sobrepeso e/ou obesidade).

- Anotar a altura, peso e IMC no prontuário do paciente, com registro de data da avaliação e anotar dados no cartão de peso do adulto.
- Orientar o adulto quanto aos resultados do exame clínico e bioquímico (anemia, dislipidemias etc.) realizados.
- Avaliar a necessidade de nova solicitação de exames e de encaminhamento para consulta com outros profissionais de Saúde.

3.3.2 Um olhar sob a perspectiva das fases do curso da vida

Ao longo do curso da vida humana, identificam-se fases que se destacam por apresentarem características peculiares e necessidades fisiológicas e psicossociais específicas.

A abordagem alimentar e nutricional descrita nos itens anteriores tem ênfase na intervenção em adultos, e, por serem gerais, atendem também a todas as fases do curso de vida. O item a seguir destacará algumas questões relevantes que envolvem a especificidade das outras fases que devem ser consideradas pelos profissionais de Saúde no contato com a população.

3.3.3 Crianças

Compreende todos os indivíduos menores de 10 anos, com diferentes parâmetros e orientações por faixas etárias. O referencial para classificar o estado nutricional de crianças menores de 5 anos são as curvas de crescimento infantil propostas pela Organização Mundial da Saúde em 2006 (OMS, 2006), e para as crianças de 5 a 10 anos incompletos a referência da Organização Mundial da Saúde lançada em 2007 (OMS, 2007).

Para a avaliação do estado nutricional de crianças entre zero e 10 anos de idade, são necessárias as seguintes informações:

- Data de nascimento.
- Data do atendimento.
- Peso.
- Estatura*.
- Sexo.

Cálculo de idade em meses

* A mensuração da altura de crianças de zero a 24 meses de idade deve ser realizada com a criança deitada (comprimento) e entre as crianças maiores de 24 meses a mensuração deve ser feita em pé.

Passos para a classificação do estado nutricional:

1. Mensuração do peso e da altura.
2. Cálculo do IMC.
3. Cálculo da idade em meses.
4. Com o valor obtido, é possível usar a tabela a seguir para identificar sobrepeso ou obesidade.
5. Avaliação dos valores encontrados de acordo com a referência. Um importante instrumento para a classificação do estado nutricional é a Caderneta da Criança. Os dados de peso e altura podem ser colocados no gráfico e avaliados na curva de crescimento.

Tabela 1 – Ponto de corte de IMC, de acordo com a idade, para diagnóstico de excesso de peso e obesidade

Idade em anos*	Meninos		Meninas		Idade em anos*	Meninos		Meninas	
	Sobrepeso	Obesidade	Sobrepeso	Obesidade		Sobrepeso	Obesidade	Sobrepeso	Obesidade
2	17,33	18,84	17,09	18,72	6	16,76	18,52	17,01	19,22
2,5	17,09	18,56	16,92	18,53	6,5	16,89	18,75	17,13	19,48
3	16,89	18,34	16,80	18,42	7	17,05	19,02	17,29	19,79
3,5	16,75	18,21	16,76	18,44	7,5	17,23	19,33	17,49	20,15
4	16,67	18,17	16,77	18,53	8	17,44	19,67	17,73	20,56
4,5	16,63	18,21	16,83	18,67	8,5	17,66	20,06	18,01	21,02
5	16,62	18,29	16,90	18,81	9	17,91	20,47	18,33	21,51
5,5	16,68	18,35	16,92	19,01	9,5	18,18	20,92	18,67	22,03

Fonte: OMS, 2007.

*A idade completa é considerada até 5 meses e 29 dias. Por exemplo, uma criança com 3 anos 5 meses e 29 dias deverá entrar na faixa de 3 anos, e uma criança com 3 anos e 6 meses deverá entrar na faixa de 3,5 anos

Para a classificação do estado nutricional, são adotados os seguintes critérios, segundo os índices antropométricos:

Tabela 2 – Critérios para classificação do estado nutricional, de acordo com os índices antropométricos

VALORES CRÍTICOS		ÍNDICES ANTROPOMÉTRICOS						
		CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS INCOMPLETOS				CRIANÇAS DE 5 A 10 ANOS INCOMPLETOS		
		Peso para idade	Peso para estatura	IMC para idade	Estatura para idade	Peso para idade	IMC para idade	Estatura para idade
< Percentil 0,1	< Escore-z -3	Muito baixo peso para a idade	Magreza acentuada	Magreza acentuada	Muito baixa estatura para a idade	Muito baixo peso para a idade	Magreza acentuada	Muito baixa estatura para a idade
≥ Percentil 0,1 e < Percentil 3	≥ Escore-z -3 e < Escore-z 2	Baixo peso para a idade	Magreza	Magreza acentuada	Baixa estatura para a idade	Baixo peso para a idade	Magreza	Baixa estatura para a idade
≥ Percentil 3 e < Percentil 15	≥ Escore-z -2 e < Escore-z -1	Peso adequado para a idade	Eutrofia	Eutrofia	Estatura adequada para a idade	Peso adequado para a idade	Eutrofia	Estatura adequada para a idade
≥ Percentil 15 e ≤ Percentil 85	≥ Escore-z -1 e ≤ Escore-z +1							
> Percentil 85 e ≤ Percentil 97	> Escore-z +1 e ≤ Escore-z +2		Risco de sobrepeso	Risco de sobrepeso		Sobrepeso		
> Percentil 97 e ≤ Percentil 99,9	> Escore-z +2 e ≤ Escore-z +3	Peso elevado para a idade	Sobrepeso	Sobrepeso	Peso elevado para a idade	Obesidade		
> Percentil 99,9	> Escore-z +3		Obesidade	Obesidade		Obesidade grave		

Fonte: Adaptado de Organización de la Salud. Curso de Capacitación sobre la evaluación del crecimiento del niño versión 1 – Noviembre 2006. Ginebra, OMS, 2006.

Ao ser classificada com o peso acima do adequado (excesso de peso): apresentar o diagnóstico encontrado à mãe ou responsável pela criança no momento do atendimento, explicando o que este representa com as devidas orientações para cada caso. São situações de alerta entre crianças:

- Peso elevado para idade, com curva de crescimento ascendente.

Para menores de 2 anos, quando apresentar excesso de peso, avaliar também a altura da criança. Caso apresente déficit de altura, essa pode ser recuperada, na maioria dos casos, com uma intervenção adequada e imediata.

O índice antropométrico mais recomendado pelo Sisvan para avaliação do excesso de peso é o IMC-para-idade. Isso porque a associação para determinar o risco à saúde é mais sensível quando avaliada a relação entre o peso e o quadrado da medida de altura (IMC) do que com

a medida isolada da altura (Peso-para-estatura). Acima do percentil 97 (Escore-z +2), a criança apresenta obesidade.

Outras ações importantes:

- Avaliar a orientação da curva de crescimento, segundo os índices antropométricos utilizados (ascendente, horizontal ou descendente).
- Registrar os dados na Caderneta de Saúde da Criança.
- Avaliar os hábitos alimentares da criança, prática de aleitamento materno (em menores de 2 anos), a disponibilidade e variedade de alimentos na família e o recebimento de benefícios provenientes de programas de transferência de renda e outros tipos de auxílio (cesta básica, leite, etc.) – Usar formulário do Sisvan como referência (Anexo A).
- Realizar anamnese alimentar da criança.
- Avaliar a prática de atividade física e o número de horas que a criança passa em frente a vídeos (televisão, computador, *video game* etc.) por dia.
- Avaliar a alimentação da criança no ambiente escolar e as possíveis influências nas suas escolhas alimentares.

3.3.4 Abordagens para o manejo do sobrepeso e da obesidade em lactentes, pré-escolares e escolares

A alimentação saudável desde o início da vida fetal e ao longo da primeira infância, contemplando a alimentação da gestante, da nutriz, o aleitamento materno e a introdução oportuna da alimentação complementar, tem impactos positivos, afetando não somente o crescimento e o desenvolvimento da criança, mas também as demais fases do curso da vida. O inverso também ocorre, a alimentação inadequada pode levar ao risco nutricional, propiciando desnutrição ou excesso de peso, gerando um aumento da suscetibilidade para doenças crônicas não transmissíveis na vida adulta, como diabetes, obesidade, doenças do coração e hipertensão.

Desta forma, uma alimentação adequada e saudável tem benefícios de curto e de longo prazos, tanto para a mulher como para a criança. O aleitamento materno é a primeira prática de alimentação saudável. A promoção do aleitamento materno é considerada uma das ações básicas para a promoção do pleno crescimento e desenvolvimento, redução da mortalidade infantil e prevenção de doenças na infância e na fase adulta. No entanto, para a promoção desta prática, devem ser garantidas as condições necessárias à sua realização, desde o acesso ao pré-natal, alojamento conjunto, o efetivo direito à licença-maternidade, direito à informação, apoio das instituições, profissionais de Saúde, da família e a sociedade. A ausência desses fatores é responsável

pelas dificuldades enfrentadas pelas mulheres para o início e a manutenção do aleitamento materno (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL, 2004).

Na rede de Atenção Básica, deve-se objetivar a implementação de estratégias como a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. Os serviços de Saúde devem estar preparados e acessíveis tanto no pré-natal quanto após o nascimento do bebê, no sentido de receber, apoiar e estimular a mulher, o companheiro e a família. Os profissionais de Saúde devem estar sensibilizados e aptos para responder às demandas técnicas, também para dar suporte às angústias, tensões e receios, promovendo o acolhimento necessário neste período.

Por volta dos 6 meses de idade, o leite materno sozinho já não é suficiente para satisfazer às necessidades da criança; portanto, as crianças devem começar a receber outros alimentos e o leite materno deve continuar a ser oferecido, de forma complementar, até o segundo ano de vida. Deve-se estar atento para este momento, pois, além de poder propiciar o desmame precoce, a introdução inadequada de alimentação complementar ao aleitamento, insuficiente em termos de conteúdo energético e de nutrientes, tem representado grande fator de risco para a saúde e nutrição das crianças, resultando em agravos como desnutrição, alergias alimentares, anemias, hipovitaminose A e sobrepeso.

A primeira fase da infância apresenta importantes aspectos para a formação de hábitos e práticas em geral, e especificamente alimentares. Inserida no contexto familiar, a criança começa a formar e internalizar os padrões de comportamento alimentar, em termos de sabor, olfato, textura, quantidade dos alimentos, horário e ambiente das refeições etc. Trata-se de um processo que se inicia nessa fase e se estende por todas as demais fases do curso da vida.

A alimentação complementar deve seguir os hábitos alimentares da família (desde que saudáveis) adaptada às necessidades fisiológicas da criança. O preparo da alimentação da criança deve ser cuidadoso, em particular para as pequenas que estão sendo apresentadas aos novos alimentos a partir dos 6 meses (ao completar os 6 meses de vida). A consistência dos alimentos deve-se adequar à maturidade fisiológica da criança, de tal forma que aos 12 meses de vida ela já consuma os alimentos próprios da família. Nesse período, a criança está formando seus hábitos alimentares, sendo uma fase essencial, já que terá repercussão no padrão alimentar do indivíduo por todo o curso da vida. Na idade de 6 meses, devem ser oferecidas duas papas de frutas e uma papa salgada com um alimento de cada grupo. Na idade de 7 meses, devem ser oferecidas duas papas de frutas e duas papas salgadas. O material *Dez Passos para uma Alimentação Saudável*: Guia alimentar para menores de 2 anos é uma publicação do Ministério da Saúde e apresenta as recomendações de alimentação saudável para crianças menores de 2 anos (Anexo I) (BRASIL, 2010).

Desta forma, a introdução adequada de alimentos complementares pressupõe a presença de alimentos dos diferentes grupos (frutas, legumes e verduras; cereais e leguminosas; carnes e leite), em formas de papas, purês. Deve-se evitar o consumo excessivo de farinhas, açúcar, sal, óleos e alimentos industrializados. A utilização de farinhas com o leite consumido pela criança, quando

ocorre precocemente, além de precipitar o desmame (e prejudicar o aleitamento materno), introduz desnecessariamente uma prática capaz de contribuir para o excesso alimentar.

O conceito da criança "gordinha" como sinônimo de saúde deve ser reconstruído por meio de um processo educativo compartilhado entre profissionais de Saúde e a família, no sentido de sensibilizar para a necessidade de um acompanhamento nutricional, estimulando a formação de práticas alimentares saudáveis. Desta forma, torna-se imprescindível a valorização do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, a partir da Caderneta da Criança.

O acompanhamento nutricional das crianças com excesso de peso visa à manutenção do crescimento e da saúde da criança com ênfase na construção de hábitos saudáveis. Crianças de 2 a 7 anos com IMC percentil maior ou igual a 95 com complicações devem receber intervenção para perda de peso. Crianças maiores de 7 anos com IMC percentil maior ou igual a 95 sem ou com complicações devem receber intervenção para perda de peso. *Essa perda de peso deve ser acompanhada para não interferir no crescimento.*

Promoção da alimentação saudável à criança:

- Promoção, apoio e estímulo ao aleitamento materno exclusivo até o 6º mês e complementar até 2 anos de vida ou mais.
- Valorização do acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento, a partir da Caderneta da Criança.
- Orientação da alimentação da criança com base nos dez passos da alimentação da criança menor de 2 anos (Anexo I).
- Incentivo ao uso de alimentos regionais, especialmente frutas, legumes e verduras.
- Incentivo ao consumo de alimentos fontes de ferro.
- Orientação sobre o consumo de alimentos fontes de vitamina C com alimentos fontes de ferro para aumentar a biodisponibilidade deste micronutriente.
- Orientação sobre as principais fontes de vitamina A e de iodo.
- Estímulo ao uso moderado do sal iodado e correto armazenamento do sal no domicílio.
- Estímulo à produção de alimentos por meio de hortas domésticas e à criação de pequenos animais pela comunidade.

Em relação aos pré-escolares e escolares, esta é a fase em que a criança apresenta grande desenvolvimento, adquirindo conhecimentos e habilidades e apresentando uma socialização mais intensa.

No que diz respeito à alimentação, cabe salientar que, a partir dos 2 anos de idade, a criança tem o apetite reduzido, pois há uma desaceleração na velocidade do seu crescimento. Torna-se mais seletiva na ingestão dos alimentos, porém não tem habilidade de escolher uma alimentação balanceada e adequada ao seu crescimento e desenvolvimento, apresentando grande senso de imitação. Os pais, a família, assim como as instituições de educação têm um papel importante

na promoção da alimentação saudável, pois são estes que determinam os alimentos que serão oferecidos, estabelecendo limites em relação aos alimentos inadequados, tais como refrigerantes, balas, doces, guloseimas, frituras e alimentos gordurosos, visando à proteção à saúde e à prevenção do excesso de peso. Na infância, devem ser estimulados o consumo diário de arroz, feijão, frutas, legumes e verduras, incluindo os folhosos, laticínios e carnes magras. No Anexo J, estão listados os dez passos para a alimentação saudável de crianças de 2 a 10 anos.

A alimentação pode ser fonte de muitas descobertas para a criança e ser um modo de demonstrar carinho e cuidado, mas pode também servir para chantagens. O hábito de oferecer às crianças doces ou outras guloseimas, como forma de recompensa, estimula a ingestão de alimentos além das necessidades nutricionais. O prêmio por ingerir alimentos nutritivos valoriza mais a recompensa do que o próprio alimento. Frases como “coma toda a refeição para ganhar a sobremesa”, “coma as verduras e legumes e você poderá sair para brincar” são exemplos disso. Faz parte da cultura esse tipo de troca, a qual pode colaborar para o desenvolvimento da obesidade, uma vez que as crianças vão associando alimentos às sensações que eles proporcionam. Essas associações podem se perpetuar até a vida adulta, sendo comum o uso da alimentação como forma de compensar sentimentos negativos, facilitando o aumento de peso (RIO DE JANEIRO, 2005).

A alimentação infantil merece ser cuidada e isso não significa oferecer aos filhos tudo o que eles querem ou veem em propagandas. O público infantil é o principal alvo das propagandas de alimentos, que apelam para desenhos coloridos, “bichinhos” carinhosos, músicas animadas, artistas simpáticos e coleção de brindes, para chamar a atenção das crianças e estimular o consumo permanente de certos produtos. Por ser uma fase da vida em que a referência familiar é fundamental na formação dos hábitos alimentares, os pais devem ficar atentos à influência da propaganda sobre a alimentação da família.

Entretanto, os espaços de convivência da criança com outras pessoas acontecem em diferentes núcleos, para além da família. Desta forma, é importante a atuação do profissional nestes outros espaços, uma vez que a criança tem acesso a comportamentos e hábitos alimentares oriundos de grupos que não são o seu círculo familiar, e que podem influenciar o seu próprio hábito alimentar que continua em formação. A preocupação com a alimentação, nessa fase, além do requisito nutricional, deve ser fortalecer hábitos alimentares saudáveis no ambiente escolar e nas creches, de forma contínua e respeitando a cultura regional.

A escola é um ambiente crucial para a promoção da alimentação saudável, pois caracteriza-se por um espaço de troca de informações e ideias. Nesse espaço, a criança adquire conhecimentos e habilidades, tem contato com diferentes culturas, alimenta-se e educa-se de forma abrangente.

A educação nutricional deve envolver pais, professores, nutricionistas, manipuladores de alimentos (merendeiras) e cantineiros, visto que todos os profissionais são responsáveis por incentivar as crianças a adquirirem, desde cedo, hábitos alimentares saudáveis, contribuindo para a prevenção de problemas relacionados à alimentação, tais como a desnutrição, anemia, cáries e a obesidade infantil e, mais importante ainda, que a criança exerça seu direito à alimentação de maneira saudável.

Buscando o desenvolvimento saudável da criança, sempre que possível, os profissionais devem promover a prática de atividades lúdicas que estimulem a atividade física no âmbito da família, creche, escola e comunidade. Pode-se encorajar práticas rotineiras de lazer segundo a faixa etária (subir e descer escadas, acompanhar o adulto em caminhadas curtas, no lugar da locomoção, por exemplo, por veículo, etc., correr, brincar de pique, pular corda, pular amarelinha, nadar, jogar bola, dançar, andar de bicicleta, ou seja, estimular a realização de atividades físicas nos momentos de lazer no cotidiano, aproveitando espaços públicos para a realização de atividades dirigidas às crianças.

O cuidado à saúde infantil consiste em um conjunto de ações realizadas em diferentes espaços institucionais nos quais a criança está inserida: família, creche, escola, rede de Saúde, instituições religiosas, comunidade. Esse conjunto de ações e a oferta de ambientes sociocultural e afetivo adequados contribuem para o alcance do potencial genético e o bem-estar físico e emocional, necessários para a formação de uma geração saudável, produtiva e feliz.

Nesta perspectiva, a promoção do crescimento e do desenvolvimento infantil deve ser assegurada por políticas públicas, como estratégia de desenvolvimento visando à superação das desigualdades sociais e oferecendo oportunidades de explorar a potencialidade biopsicossocial da criança.

3.3.5 Adolescentes

Compreende todos os indivíduos com idade de 10 a 20 anos incompletos. Para a classificação do estado nutricional dos adolescentes, deve ser adotada a referência da Organização Mundial da Saúde lançada em 2007 (OMS, 2007). Para mais informações sobre a análise de dados antropométricos na população adolescente, consulte o capítulo correspondente na publicação *Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN*. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde (BRASIL, 2011).

Para a avaliação do estado nutricional de adolescentes de 10 a 19 anos de idade são necessárias as seguintes informações:

- Data de nascimento.
- Data do atendimento.
- Peso.
- Estatura.
- Sexo.



Cálculo de idade em meses

Passos para a classificação do estado nutricional:

1. Mensuração do peso e da altura.
2. Cálculo do IMC.
3. Cálculo da idade em meses.
4. Com o valor obtido, é possível usar a tabela abaixo para identificar sobrepeso ou obesidade.
5. Avaliação dos valores encontrados de acordo com a referência. Um importante instrumento para a classificação do estado nutricional é a Caderneta do Adolescente. Os dados de peso e altura podem ser colocados no gráfico e avaliados na curva de crescimento.
6. Avaliar o estágio de maturação sexual de acordo com o proposto por Tanner (Anexo B).

Maturação sexual: A identificação do estágio de maturação sexual do adolescente, realizada por meio da avaliação do desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários, permite identificar em que fase de seu desenvolvimento puberal ele se encontra. O estagiamento desta maturação foi sistematizado por Tanner (1989). Dessa forma, devem ser adotadas as planilhas dos critérios de Tanner (Anexo B), identificando o estágio correspondente para o desenvolvimento da genitália e pilosidade pubiana, no caso dos meninos, e mamas e pilosidade pubiana, no caso das meninas.

Tabela 3 – Valores críticos e índices antropométricos para classificação do estado nutricional de adolescentes

VALORES CRÍTICOS		ÍNDICES ANTROPOMÉTRICOS PARA ADOLESCENTES	
		IMC-para-idade	Estatura-para-idade
< Percentil 0,1	< Escore-z -3	Magreza Acentuada ¹	Muito baixa estatura para a idade
≥ Percentil 0,1 e < Percentil 3	≥ Escore-z -3 e < Escore-z -2	Magreza	Baixa estatura para a idade
≥ Percentil 3 e < Percentil 15	≥ Escore-z -2 e < Escore-z -1	Eutrofia	Estatura adequada para a idade ^{2,3}
≥ Percentil 15 e ≤ Percentil 85	≥ Escore-z -1 e ≤ Escore-z +1		
> Percentil 85 e ≤ Percentil 97	> Escore-z +1 e ≤ Escore-z +2	Sobrepeso	
> Percentil 97 e ≤ Percentil 99,9	> Escore-z +2 e ≤ Escore-z +3	Obesidade	
> Percentil 99,9	> Escore-z +3	Obesidade grave	

Fonte: Adaptado de Organización de la Salud. Curso de Capacitación sobre la evaluación del crecimiento del niño versión 1 – Noviembre 2006. Ginebra, OMS, 2006.

1. Um adolescente classificado com IMC-para-idade abaixo do percentil 0,1 (Escore-z -3) é muito magro. Em populações saudáveis, encontra-se um adolescente nessa situação para cada mil. Contudo, alguns casos correspondem a transtornos alimentares. Em caso de suspeita dessas situações, o adolescente deve ser referenciado para um atendimento especializado.
2. Acima do percentil 97 (Escore-z +2), o adolescente pode apresentar obesidade. A obesidade é uma doença crônica de natureza multifatorial, caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura no corpo, acarretando prejuízos à saúde.
3. Um adolescente classificado com estatura-para-idade acima do percentil 99,9 (Escore-z +3) é muito alto, mas raramente corresponde a um problema. Contudo, alguns casos correspondem a desordens endócrinas e tumores. Em caso de suspeitas dessas situações, o adolescente deve ser referenciado para um atendimento especializado.

Tabela 4 – Ponto de corte de IMC, de acordo com a idade, para diagnóstico de excesso peso e de obesidade

Idade em anos*	Meninos		Meninas		Idade em anos*	Meninos		Meninas	
	Sobrepeso	Obesidade	Sobrepeso	Obesidade		Sobrepeso	Obesidade	Sobrepeso	Obesidade
10	18,48	21,40	19,03	22,57	15,5	23,12	27,44	23,83	28,58
10,5	18,81	21,91	19,43	23,13	16	23,53	27,87	24,10	28,87
11	19,16	22,45	19,86	23,72	16,5	23,91	28,27	24,32	29,11
11,5	19,54	23,01	20,32	24,34	17	24,27	28,63	24,50	29,28
12	19,95	23,58	20,81	24,97	17,5	24,60	28,95	24,65	29,42
12,5	20,38	24,16	21,31	25,60	18	24,91	29,24	24,77	29,52
13	20,83	24,76	21,80	26,21	18,5	25,19	29,50	24,87	29,60
13,5	21,30	25,35	22,28	26,79	19	25,45	29,72	24,97	29,67
14	21,77	25,92	22,73	27,32	19,5	25,45	29,72	24,97	29,67
14,5	22,23	26,46	23,15	27,80	20	25,45	29,72	24,97	29,67
15	22,68	26,97	23,51	28,22					

Fonte: OMS, 2007.

*A idade completa é considerada até 5 meses e 29 dias, por exemplo, uma adolescente com 15 anos 5 meses e 29 dias deverá entrar na faixa de 15 anos, e uma adolescente com 15 anos e 7 meses deverá entrar na faixa de 15,5.

Ao ser classificado com o peso acima do adequado (excesso de peso) apresentar ao adolescente e/ou responsável o diagnóstico encontrado, explicar o que representa e dar as devidas orientações para cada caso. São situações que indicam alerta entre adolescentes: excesso de peso; baixo peso; e identificação de práticas alimentares inadequadas.

Outras ações importantes:

- Avaliar a orientação da curva de crescimento, segundo os índices antropométricos utilizados (ascendente, horizontal ou descendente).
- Registrar os dados na Caderneta de Saúde do Adolescente.
- Avaliar os hábitos alimentares do adolescente – usar formulário do Sisvan como referência (Anexo A).
- Avaliar a prática de atividade física e o número de horas que o adolescente passa em frente a vídeos (televisão, computador, *video game* etc.) por dia.
- Avaliar a alimentação do adolescente fora do ambiente de casa – escola, finais de semana, lanches fora do lar e as possíveis influências dos grupos sociais nas suas escolhas alimentares.

3.3.5.1 Abordagens para o manejo do sobrepeso e da obesidade em adolescentes

Quanto aos adolescentes, a alimentação saudável deve conter nutrientes adequados ao crescimento e às modificações corporais que ocorrem neste período. A adolescência é o período de transição entre a infância e a fase adulta (entre 10 e 19 anos), caracterizada por intensas transformações biopsicossociais.

48

Este é um período do curso da vida em que o crescimento e o desenvolvimento (maturação sexual) se tornam mais acelerados. No acompanhamento clínico do adolescente, deve-se considerar o diagnóstico antropométrico associado à avaliação do grau de maturação sexual, existindo diferenças de composição corporal entre os sexos e entre os estágios de maturação que afetam as necessidades nutricionais, o crescimento e desenvolvimento. O aumento do IMC em meninos é mais relacionado ao aumento de massa magra do que ao tecido adiposo, diferente das meninas.

Nesta fase, é comum o culto exagerado ao corpo. O crescimento acelerado e muitas vezes repentino faz com que a percepção corporal fique alterada. Enquanto as meninas tendem a seguir dietas da moda para emagrecer, que não suprem as suas necessidades nutricionais, podendo levar aos transtornos alimentares, os meninos, procurando ganhar mais massa muscular, iniciam a utilização indiscriminada de suplementos nutricionais.

A família também tem menos controle sobre a alimentação dos adolescentes, já que estes têm uma vida um pouco mais independente e pertencem a um grupo no qual o comportamento alimentar é um dos itens que os identifica socialmente.

O imediatismo e a procura pelo prazer e pela novidade são marcas do seu comportamento. A substituição de alimentos *in natura* por produtos industrializados e processados, muitas vezes mais calóricos, pode acarretar excesso de peso e carências nutricionais.

Assim, a equipe de Saúde deve ter disponibilidade, flexibilidade e sensibilidade para acolher e escutar as necessidades dos adolescentes. Deve estar preparada para compreender os sentimentos de conflito pertinentes a esta fase, que oscilam entre a perda da identidade infantil e a aceitação da mudança corporal. Os conflitos relacionados à sexualidade podem também estar presentes, sendo transferidos para a alimentação, acarretando, em alguns, o baixo peso e, em outros, o excesso de peso. É muito comum a imposição de rótulos àqueles que são "diferentes". No entanto, a graça da vida está na diferença, na diversidade entre as pessoas e, por isso, salientar mensagens de estímulo à autoestima, valorizando justamente a ideia de respeito às diferenças e reconhecimento dos limites de cada um, é uma das tarefas mais importantes dos profissionais de Saúde e Educação (RIO DE JANEIRO, 2005).

Cabe destacar que o adolescente deve ser parte ativa das ações de Saúde, cabendo à equipe atendê-lo de forma desprovida de autoritarismo e de soluções prontas. Faz parte do acompanhamento resgatar a sua autoestima para que se possa promover o desenvolvimento de sua autonomia, assim como promover sua participação social ativa em ações comunitárias de seu interesse (protagonismo juvenil), principalmente naquelas relativas à saúde e nutrição. Os adolescentes têm direito a escolhas, mas é preciso que as opções saudáveis sejam oferecidas e sejam também acessíveis em seu cotidiano. Alimentar-se bem depende de acesso, informação e escolha. Conhecer mais sobre os alimentos/alimentação é um grande trunfo para fazer escolhas mais saudáveis. Assim, a equipe de Saúde deve incentivar e facilitar a promoção do

peso saudável, proporcionando informações relacionadas aos alimentos, como sazonalidade e consequentemente preço, análise de rótulos para compreensão da composição do alimento, data de validade e das condições das embalagens, armazenagem, sua utilização em preparações práticas, saudáveis e saborosas.

Ao lado da família, a escola, o grupo social, o trabalho e a mídia têm influências sobre as escolhas, o consumo de alimentos e a prática de atividade física, e devem ser considerados pelos profissionais de Saúde.

A escola tem papel importante na formação de diversos valores e comportamentos, dentre estes, os que dizem respeito à nutrição e à atividade física. Ressalta-se o papel da alimentação escolar (merenda, cantina) na criação e/ou incentivo de hábitos alimentares saudáveis.

As práticas alimentares têm forte relação com o trabalho, pois ele determina vários aspectos das práticas cotidianas: o acesso físico ao alimento, não só pela renda adquirida, mas também pela possibilidade de realização de refeições (estabelecimentos comerciais próximo aos locais de trabalho e o horário das refeições), além dos desgastes específicos de cada processo de trabalho (BURLANDY, 2004).

O adolescente que está inserido no trabalho estabelece novos horários de refeições, principalmente na situação escola-trabalho, podendo ocasionar a omissão de refeições, realizá-las fora de casa ou substituir refeições por lanches, o que pode ser mais prático e rápido, mas estes podem ser altamente calóricos e pobres em fibras, vitaminas e minerais. Neste caso, deve-se aconselhar a opção por refeições equilibradas, composta por alimentos de cada grupo, tornando o prato colorido, variado, proporcionando mais saciedade e bem-estar.

Estimular práticas de lazer como andar de bicicleta, jogar bola, futebol, dançar, fazer ginástica, nadar e práticas rotineiras para aumentar atividade física, tais como subir e descer escadas, fazer caminhadas curtas no lugar da locomoção por veículo, são ações que devem fazer parte do acompanhamento da saúde do adolescente. Em paralelo, devem ser desestimulados os hábitos promotores do sedentarismo, como permanência excessiva em frente à televisão, ao computador e em jogos de *video games*.

Além disso, o envolvimento do adolescente com atividades de lazer ou esportivas pode alterar o seu padrão alimentar, aumentando as necessidades nutricionais e modificando as práticas alimentares. As substituições de algumas das principais refeições, como almoço e jantar, por lanches rápidos são comuns e podem comprometer a satisfação das necessidades nutricionais nesta fase. No Anexo K, estão listados os dez passos da alimentação saudável para adolescentes.

Os serviços de Saúde integrados à comunidade podem promover oportunidades coletivas para o desenvolvimento de atividade física regular, incentivando gincanas, danças, jogos, olimpíadas e outras atividades físicas.

3.3.6 Intervenção para crianças e adolescentes com excesso de peso

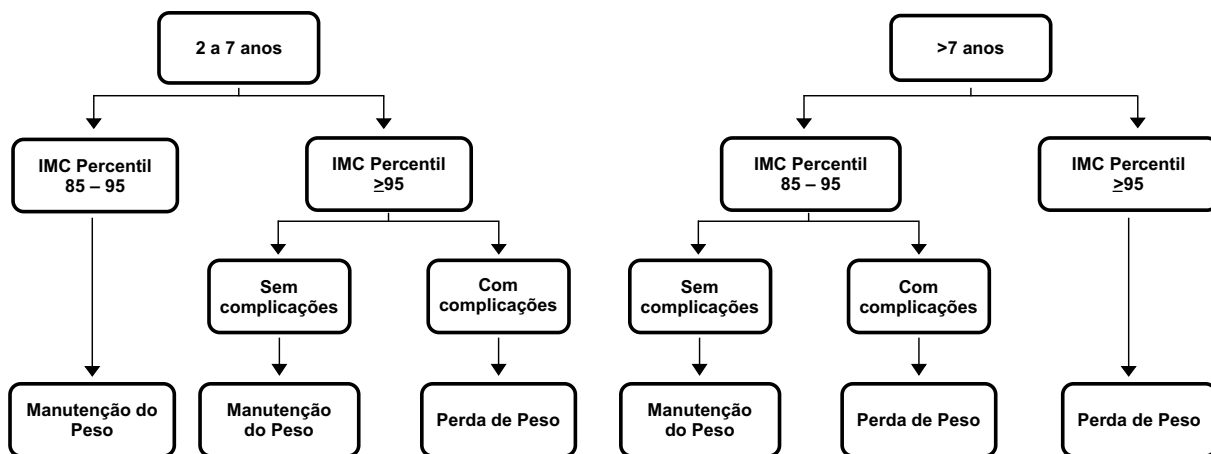
De acordo com o fluxograma abaixo, podemos dividir o fluxo de atendimento por idade, crianças de 2 a 7 anos e crianças maiores de 7 anos.

50

Crianças de 2 a 7 anos: com IMC entre os percentis 85 e 95 e crianças com IMC percentil maior ou igual a 95 sem complicações devem ter orientações de alimentação saudável e atividade física para manutenção do peso corporal, uma vez que ainda crescerão adequando a relação peso/estatura. Crianças com IMC percentil maior ou igual a 95 com complicações devem receber intervenção para perda de peso. *Essa perda de peso deve ser acompanhada para não interferir no crescimento.*

Crianças com idade >7 anos: com IMC entre os percentis 85 e 95 sem complicação devem ter orientações de alimentação saudável e atividade física para manutenção do peso corporal, uma vez que ainda crescerão adequando a relação peso/estatura. Crianças com IMC entre os percentis 85 e 95 com complicação devem ter orientações de alimentação saudável e atividade física para manutenção. IMC percentil maior ou igual a 95 sem ou com complicações devem receber intervenção para perda de peso. *Essa perda de peso deve ser acompanhada para não interferir no crescimento.*

Figura 2 – Fluxograma para atendimento de crianças e de adolescentes com excesso de peso



Fonte: DIETZ; BARLOW, 1998.

*Complicações: Hipertensão, dislipidemias e resistência à insulina.

3.3.7 Abordagem geral

Considerando as recomendações adotadas pela Sociedade Brasileira de Pediatria, a conduta nutricional pode ser dividida em cinco etapas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2009; VITTOLO, 2008):

Etapa 1 – Esclarecimento/Mudança conceitual

Inicialmente, é importante conhecer os hábitos da criança e/ou do adolescente para estabelecer metas viáveis e factíveis. Também é importante esclarecer mitos, tabus e conceitos errôneos acerca de uma alimentação saudável, como, por exemplo, a existência de alimentos que engordam e que não engordam.

Etapa 2 – Avaliação do comportamento

Antes de propor mudanças importantes é necessário avaliar alguns comportamentos comuns entre crianças e adolescentes, como: não fazem o desjejum (café da manhã), mastigação rápida, comem assistindo à TV, não têm horário para se alimentar, não têm uma rotina, comem escondidos com medo de serem repreendidos, compensam o consumo de carboidratos, que normalmente são "proibidos", com alimentos ricos em gordura (que são mais calóricos), ingerem altas quantidades de líquidos que contêm calorias (sucos, refrescos, refrigerantes), pulam refeições e não têm consciência de quando comem. As mudanças devem começar pelos comportamentos que a família avaliar mais fáceis de serem modificados. Ao final desta etapa, espera-se que a criança faça seis refeições por dia, com intervalo de cerca de três horas em local adequado e agradável.

Etapa 3 – Quantidade

Nesta fase, é importante estimular a redução gradativa da ingestão de alimentos que são consumidos em excesso. A partir das quantidades relatadas da ingestão dos alimentos, é possível estabelecer metas para a redução de repetições e porções. Não se recomendam mudanças drásticas.

Tarefas que podem ser pactuadas (VITOLLO, 2008):

- Diminuir gradativamente a quantidade de alimentos consumidos.
- Utilizar uma ponta de faca de margarina em cada lado do pão.
- Não repetir as porções de lanches e refeições.
- Não comer na frente da televisão.
- Mastigar devagar.
- Comer nos horários preestabelecidos.
- Visualizar as porções das refeições, dos lanches, de guloseimas e líquidos que são consumidos.
- Alimentos fritos e ricos em gorduras devem ser contabilizados de maneira mais rigorosa.
- Sucos, refrescos e refrigerantes devem ser consumidos na porção de um copo a cada refeição (seja no almoço ou no lanche da tarde).

Etapa 4 – Qualidade

A última etapa do tratamento prevê a melhora da qualidade da dieta, quando já se atingiu o controle do peso e se obteve adequação de quantidades e comportamentos alimentares. Deve-se incentivar o consumo crescente de alimentos não habituais e saudáveis (frutas, verduras, legumes, leguminosas, oleaginosas, água).

Etapa 5 – Manutenção

Momento em que a criança e/ou adolescente, ou sua família, utiliza as informações e os aprendizados adquiridos nas fases anteriores para se adaptar às diversas situações (festas, viagens, cotidiano), controlando excessos, realizando substituições e mantendo uma alimentação saudável.

52

No Quadro 2, encontram-se exemplos de questões que podem ser utilizadas para a avaliação nutricional da criança/adolescente.

Quadro 2 – Verificação de fatores dietéticos relacionados à obesidade infantil e na adolescência

Fator dietético	Contribuição ao ganho de peso	Exemplo de questões para avaliação clínica
Restaurantes e <i>fast food</i>	Refeições feitas fora de casa costumam fornecer porções maiores e mais calóricas com menor qualidade nutricional. O aumento da frequência de refeições fora de casa está associado ao aumento do IMC.	"Quantas vezes por semana sua família costuma comer ou comprar comida fora?" "Quantas refeições por semana sua família faz em restaurantes ou <i>fast-foods</i> ?"
Bebidas adoçadas com açúcar	O alto consumo de bebidas açucaradas está relacionado ao aumento da prevalência de obesidade em crianças, mas a causalidade ainda não está bem estabelecida. Suco de fruta também pode ser considerado uma bebida adoçada.	"Quantas vezes ou quantos copos por dia seu filho consome das seguintes bebidas: suco artificial, refrigerantes, leite achocolatado, bebidas esportivas ou chás adoçados?"
Tamanho das porções	Porções maiores levam ao aumento da ingestão energética.	"Seu filho costuma repetir ou pedir sempre porções maiores?" "Quantas porções de macarrão, arroz ou cereal seu filho come por refeição?" "Quantas porções de carne seu filho come por refeição?"
Densidade energética dos alimentos	A associação entre densidade energética dos alimentos e obesidade está bem estabelecida em adultos, mas ainda não em crianças.	"Com que frequência seu filho come alimentos fritos?" "O que seu filho normalmente come nos lanches?" "Qual o tipo de leite, queijo, pão e carne vocês costumam consumir em casa?"
Frutas e vegetais	Comer frutas e vegetais ajuda a substituir alimentos altamente energéticos e aumentar a saciedade. Há evidências de que o baixo consumo desses alimentos está associado com obesidade.	"Quais as frutas e vegetais que você normalmente tem em casa?" "Com que frequência seu filho come vegetais no almoço ou no jantar?" "Em quais refeições ou lanches seu filho come fruta?"
Café da manhã	Omitir o café da manhã está relacionado com o aumento da obesidade em crianças, mesmo quando há diminuição da ingestão calórica e tem efeitos adversos na performance escolar.	"Quanto tempo depois de acordar seu filho costuma comer ou beber algo?" "Seu filho toma café em casa ou na escola?" "Com que frequência seu filho "pula" o café da manhã?"

Continua

Fator dietético	Contribuição ao ganho de peso	Exemplo de questões para avaliação clínica
Frequência das refeições e "beliscos"	"Beliscar" leva ao aumento da ingestão energética e piora da qualidade da dieta. A associação direta entre "beliscar" e obesidade infantil ainda não está bem estabelecida.	"Quantas refeições e lanches seu filho faz em casa?" "Onde seu filho come seus lanches?" "Quanto tempo depois de uma refeição seu filho come um lanche?" "Quantos lanches seu filho come nos finais de semana?"

Fonte: Adaptado de SKELTON, 2012.

3.3.8 Idosos

Compreende todos os indivíduos com idade igual ou acima de 60 anos.

Para a avaliação do estado nutricional de adultos, são necessárias as seguintes informações:

- Peso.
- Estatura.

Passos para a classificação do estado nutricional:

1. Mensuração do peso e da altura.
2. Cálculo do IMC.

3.3.8.1 Classificação do estado nutricional

Para a classificação do estado nutricional, são adotados os seguintes conceitos, segundo o valor do Índice de Massa Corporal (IMC) do idoso:

Quadro 3 – Classificação do estado nutricional para idosos (acima de 60 anos)

Índice antropométrico	Pontos de corte	Classificação do estado nutricional
IMC	$\leq 22 \text{ kg/m}^2$	Baixo peso
	$> 22 \text{ e } < 27 \text{ kg/m}^2$	Eutrófico
	$\geq 27 \text{ kg/m}^2$	Sobrepeso

Fonte: Brasil, 2008.

Os pontos de corte de IMC adotados para a classificação do estado nutricional de idosos correspondem à recomendação proposta pela Associação Dietética Norte-Americana (ADA, 1994).

Ao ser classificado com o peso acima do adequado IMC igual ou maior que 27 kg/m^2 (excesso de peso):

- Apresentar ao idoso e/ou ao cuidador o diagnóstico encontrado, explicar o que representa e dar as devidas orientações para cada caso (sobrepeso).
- Anotar a altura, peso e IMC no prontuário do paciente, com registro de data da avaliação e anotar dados na Caderneta do Idoso.
- Orientar o idoso e/ou o cuidador quanto aos resultados dos exames clínicos e bioquímicos (hiperglicemia, dislipidemias etc.) realizados. Avaliar a necessidade de nova solicitação de exames e de encaminhamento para consulta com outros profissionais de Saúde.

Perda de peso:

Um importante componente de risco para a fragilidade da pessoa idosa é a perda expressiva de peso em um curto período de tempo. Uma perda de peso não intencional de, no mínimo, 4,5 kg ou de 5% do peso corporal no último ano é indicativo que exige medidas para estabilizar e/ou recuperar seu peso corporal, por meio da promoção de uma alimentação saudável e da prática de exercícios físicos sob orientação.

Procedimentos iniciais para a avaliação do perfil alimentar e nutricional:

- Pesar e medir o idoso, segundo procedimentos apresentados no módulo de antropometria do Sisvan, adaptando a aferição de medidas para aqueles que não conseguem ficar em pé ou tem desvios acentuados de coluna.
- Avaliar os hábitos alimentares do idoso, a disponibilidade e a variedade de alimentos na família e o recebimento de benefícios provenientes de programas de transferência de renda e outros tipos de auxílio (cesta básica, leite etc.).
- Avaliar resultados de exames clínicos e bioquímicos e outros dados clínicos e hábitos de saúde pertinentes (sinais clínicos de deficiências de micronutrientes, prática de atividade física, funcionamento intestinal etc.).

Outros aspectos importantes a serem avaliados na assistência ao idoso.

- Perda da autonomia para comprar os alimentos, inclusive financeira.
- Perda da capacidade/autonomia para preparar os alimentos e para se alimentar.
- Perda de apetite, diminuição da sensação de sede e da percepção da temperatura dos alimentos.
- Perda parcial ou total da visão que dificulte a seleção, o preparo e o consumo dos alimentos.
- Perda ou redução da capacidade olfativa, interferindo em seu apetite.
- Algum motivo que o faça restringir determinados tipos de alimentos, como dietas para perda de peso, diabetes *mellitus*, hipertensão arterial, hipercolesterolemia.
- Alterações de peso recentes.
- Dificuldade de mastigação por lesão oral, uso de prótese dentária ou problemas digestivos.

Análise dos dados encontrados:

Orientações para cada situação de diagnóstico antropométrico:

- Apresentar ao idoso ou a seu cuidador o diagnóstico encontrado, explicar o que este representa e dar as devidas orientações para cada caso. São situações que indicam alerta entre idosos: sobrepeso; baixo peso; e ocorrência de perda de peso significativa nos últimos meses.

Orientações a partir dos achados clínicos e bioquímicos:

- Orientar o idoso ou seu cuidador quanto aos resultados dos exames clínicos e bioquímicos (anemia, dislipidemias etc.) realizados. Avaliar a necessidade de nova solicitação de exames e de encaminhamento para consulta com outros profissionais de Saúde (ver periodicidade recomendada para cada caso).

O crescimento do ritmo de envelhecimento populacional é resultado da rápida transição demográfica que ocorre no País. Dados de 2010 apontam mais de 20 milhões de pessoas idosas no Brasil, com 60 anos ou mais (BRASIL, 2011). O aumento da longevidade da população determina importantes repercussões nos campos social e econômico de uma sociedade.

Com o aumento da longevidade, ocorrem também mudanças no estado nutricional da população. Observa-se um maior número de idosos obesos, principalmente entre as mulheres (VASCONCELOS et al., 2010; SILVEIRA; KAC; BARBOSA, 2009; MARQUES et al., 2005).

O excesso de peso é um importante fator de risco para doenças crônicas, inclusive entre os idosos. A redução do peso em idosos obesos é benéfica para indivíduos com alto risco cardiovascular (MCTIGUE; HESS; ZIOURAS, 2006). No entanto, nessa população, o excesso de peso diminui com o avançar da idade, e se substitui pelo maior risco de desnutrição.

3.3.8.2 Modificações fisiológicas ocasionadas pelo envelhecimento

Com o aumento da idade, ocorrem modificações na composição corporal como a diminuição de água corporal, massa óssea, massa muscular, redistribuição da gordura corporal e redução progressiva da altura. Algumas alterações decorrentes do processo de envelhecimento podem ter um impacto direto sobre a alimentação, são elas:

- Perda de paladar e olfato que contribui para a perda de apetite. Além disso, a ausência parcial ou total dos dentes, uso de próteses e a diminuição da secreção salivar podem comprometer a mastigação e a deglutição.
- Diminuição dos movimentos peristálticos, da secreção de ácido clorídrico, de enzimas digestivas, do fator intrínseco e de sais biliares, principalmente de gorduras, pode prejudicar a digestão e dificultar a absorção de nutrientes.
- Alterações na visão, audição e tato podem levar à perda de autonomia.
- Redução progressiva da altura.

- Alteração da composição corporal, com redistribuição de gordura, que diminui periféricamente e aumenta no interior do abdômen, e redução da massa magra.

Alterações no olfato e paladar, e dificuldades de mastigação e deglutição podem afetar o apetite e propiciar a diminuição do consumo de alimentos, como carnes, frutas, legumes e verduras crus, o que pode ocasionar ingestão inadequada de fibras, vitaminas e minerais.

56

Além disso, sobre os aspectos sociais e psicológicos, destacam-se a viuvez, a solidão e, em muitos casos, as dificuldades financeiras, que, somadas às dificuldades de movimento ou de locomoção, podem interferir na compra e no preparo de alimentos e, conseqüentemente, no seu consumo.

3.3.8.3 Cuidado especial no acompanhamento do idoso obeso

Os profissionais de Saúde devem considerar os diferentes aspectos que interferem na qualidade de vida dos idosos, visando à melhoria de sua autoestima e motivação para a realização de tarefas cotidianas, entre elas a alimentação saudável.

No acompanhamento do idoso com excesso de peso, deve-se enfatizar a importância da nutrição e da promoção de hábitos alimentares saudáveis. A atividade física moderada é importante para reduzir a perda de massa óssea, além de reduzir outros efeitos adversos à saúde causados pela obesidade (MCTIGUE; HESS; ZIOURAS, 2006). A prática de atividade física deve, no entanto, levar em consideração as doenças crônicas, as deficiências sensoriais ou as limitações funcionais dessa população.

Intervenções de promoção da saúde que incluam cuidados com a alimentação, a prática de atividade física moderada e o aconselhamento possuem melhores resultados no acompanhamento de idosos obesos (MCTIGUE; HESS; ZIOURAS, 2006). No entanto, qualquer intervenção para a promoção da perda de peso intencional em idosos deve levar em consideração as especificidades dessa população, analisar cuidadosamente os benefícios e riscos possíveis (desnutrição) e incorporar a atividade física.

O idoso que mantém sua autonomia para organizar seu cotidiano deve ser considerado um idoso saudável, ainda quando portador de uma ou mais doenças crônicas (VERAS, 2001).

3.3.8.4 Cuidados com a alimentação

A alimentação do idoso adquire especial importância nesta etapa do curso de vida, pois as alterações no organismo podem modificar as necessidades nutricionais e o estado nutricional (JACOB FILHO, 1998). É importante respeitar a regularidade de horários das refeições, sendo indispensáveis o desjejum, o almoço, o lanche e o jantar. O consumo de menores quantidades de alimentos por refeição pode facilitar a digestão visto que os processos digestivos estão mais lentos. No caso de dificuldade mastigatória, dar preferência a alimentos bem cozidos, com consistência de papas ou purês.

A alimentação deve ser variada, conter os diferentes grupos de alimentos, ser agradável a fim de despertar o apetite e o prazer de comer. Outro aspecto importante é o cuidado com o sabor, o aroma, a cor, a textura e a temperatura dos alimentos, assim como o respeito pelos hábitos e preferências de cada indivíduo, desde que saudáveis e não prejudiciais à sua saúde.

O Ministério da Saúde recomenda os *Dez Passos para a Alimentação Saudável de Idosos* (BRASIL, 2009) (ANEXO M) que propõe orientações práticas a serem seguidas no cotidiano.

Incentivar:

- O consumo de alimentos ricos em fibras, tais como frutas e hortaliças e cereais integrais, pois são nutritivos, coloridos e indicados para evitar a constipação intestinal.
- O consumo de alimentos ricos em cálcio, tais como leite e derivados, de preferência com pouca gordura, assim como a exposição ao sol em horários apropriados, para manutenção óssea.
- A ingestão hídrica, beber em média de 6 a 8 copos de água ou outros líquidos por dia, para manter uma boa hidratação e evitar quadros de constipação intestinal.

Evitar:

- O consumo de sal, açúcar, doces, alimentos gordurosos, alimentos e temperos industrializados.
- A ingestão de bebidas adoçadas e refrigerantes.

Apesar de as mudanças fisiológicas, psicológicas e sociais ocorrerem com o passar da idade, é necessário buscar o equilíbrio e a manutenção do estado nutricional para a promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida. Para tanto, os profissionais devem oferecer uma atenção integrada, humanizada e levar em consideração as necessidades específicas de cada indivíduo. Além disso, na busca pela melhoria da qualidade de vida dos idosos, a inserção social é um aspecto importante. Ações para o cuidado deste grupo com estímulo à socialização podem ser enfatizadas como passeios, jogos, leituras, brincadeiras, atividades manuais, físicas e psicomotoras.

Para mais informações, consultar o *Manual sobre Alimentação Saudável para Pessoas Idosas*, elaborado pelo Ministério da Saúde e disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab.index2.php>>.

3.3.9 Gestantes

58

O diagnóstico e o acompanhamento da situação nutricional da gestante são considerados uma parte importante e mesmo essencial dos procedimentos básicos da atenção pré-natal (BRASIL, 2006b). O estado nutricional materno no início da gestação e o ganho de peso adequado nesse período têm importantes repercussões sobre a saúde da mãe e do bebê.

O estado nutricional da gestante deve ser determinado por meio da classificação do IMC por semana gestacional (anexos C e D). Para isso, é necessário que na primeira consulta seja realizada a aferição do peso e da estatura da gestante, além do cálculo da semana gestacional. Estes dados fornecerão o estado nutricional atual e a previsão do ganho de peso até o final da gestação.

3.3.9.1 Cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) da gestante

O cálculo do IMC por semana gestacional proporciona o diagnóstico nutricional da mulher em qualquer momento da gestação, o que pode facilitar o monitoramento do estado nutricional por meio do cartão da gestante, e permitir a identificação de possíveis riscos nutricionais e a identificação de ganho de peso excessivo para a idade gestacional.

Importante: É preferível que o IMC considerado no diagnóstico inicial da gestante seja o IMC pré-gestacional referido (limite máximo são dois meses antes) ou o IMC calculado a partir de medição realizada até a 13ª semana gestacional. Se isso não for possível, deve-se iniciar a avaliação da gestante com os dados da primeira consulta de pré-natal, mesmo que esta ocorra após a 13ª semana gestacional.

3.3.9.2 Cálculo da semana gestacional

Para calcular a semana gestacional, deve-se referir à data da última menstruação (DUM), que corresponde ao primeiro dia de menstruação do último período menstrual referido pela mulher. Normalmente, a DUM deve ser conhecida pela gestante, caso contrário, ela pode ser obtida por meio de exames realizados durante a gravidez. Se a fonte de informação não for confiável, deve-se estimar a data a partir do último mês de menstruação da gestante.

Quadro 4 – Conduta para calcular a semana gestacional a partir da data da última menstruação (DUM)

Situação	Conduta
DUM conhecida pela gestante	Em mulheres que possuem ciclos menstruais regulares, sem uso de métodos anticoncepcionais hormonais: Cálculo com calendário – somar o número de dias do intervalo entre a DUM e a data da consulta, dividindo o total por sete para se obter o resultado em semanas; Cálculo com disco (gestograma) – colocar a seta sobre o dia e o mês correspondentes ao primeiro dia da última menstruação e observar o número de semanas indicado no dia e no mês da consulta atual.
DUM desconhecida, mas conhece-se o período do mês em que ela ocorreu	Neste caso, se o período foi no início, meio ou fim do mês, deve-se considerar como data da última menstruação os dias 5, 15 e 25, respectivamente. Uma vez definido o período, utilizar um dos métodos acima descritos para calcular a DUM.
DUM e período da última menstruação desconhecidos	Se a data e o período do mês forem desconhecidos, a idade gestacional será determinada, inicialmente, por aproximação por meio da medida da altura do fundo do útero e pelo toque vaginal, além da informação sobre a data de início dos movimentos fetais, normalmente entre 16 ^a e 20 ^a semanas. Caso não seja possível determinar a idade gestacional clinicamente, deve-se solicitar o mais precocemente possível o exame de ultrassonografia obstétrica.

Fonte: Brasil, 2006a.

Atenção: Se necessário, a semana gestacional pode ser arredondada da seguinte forma: 1, 2, 3 dias – considere o número de semanas completas – e 4, 5, 6 dias – considere a semana seguinte.

Exemplos: Gestante com 12 semanas e 2 dias = 12 semanas

Gestante com 12 semanas e 5 dias = 13 semanas

3.3.9.3 Classificação do diagnóstico nutricional

Para a classificação do estado nutricional, deve-se localizar a semana gestacional (calculada) na primeira coluna do quadro anexo (Anexo C) e identificar, nas colunas seguintes, a classificação do estado nutricional da gestante, de acordo com o IMC (calculado). O estado nutricional da gestante, segundo o IMC por semana gestacional, será classificado como sobrepeso e obesidade quando:

- **Sobrepeso (S):** o IMC calculado estiver compreendido na faixa de valores correspondentes à coluna do estado nutricional de sobrepeso.
- **Obesidade (O):** o valor do IMC for maior ou igual aos valores correspondentes à coluna do estado nutricional de obesidade.

Gestantes com diagnóstico de excesso de peso devem ser consideradas de risco e receber atenção diferenciada, incluindo orientação alimentar, avaliação clínica e laboratorial específica,

assim como ser referenciadas para avaliação especializada com o nutricionista. Uma vez identificado o estado nutricional no início da gestação, deve-se utilizar a recomendação do ganho de peso por idade gestacional adaptado do Instituto de Medicina (IOM) ver Quadro 5 (página 62) para acompanhamento do ganho de peso da gestante com sobrepeso e obesidade.

Importante: Durante a gestação, deve-se realizar a avaliação clínica para detecção de doenças associadas à nutrição (ex.: diabetes gestacional), observar a presença de edema, que prejudica o diagnóstico do estado nutricional, e realizar a avaliação laboratorial para diagnóstico de anemia e diabetes gestacional e de outras doenças de interesse clínico na gravidez.

3.3.9.4 Gestante adolescente

A classificação do estado nutricional para gestantes apresentada neste documento (ATALAH, 1997) não é adequada para gestantes adolescentes, devido ao crescimento e imaturidade biológica presentes nesta fase do ciclo de vida. O estado nutricional inicial da gestante adolescente (realizado até a 13ª semana de gestação) deve ser determinado por meio da classificação do IMC específicos para adolescentes, conforme o quadro a seguir.

Tabela 5 – Ponto de corte para avaliação de sobrepeso e obesidade para gestantes adolescentes

Idade em anos*	Ponto de corte IMC – sobrepeso	Ponto de corte IMC – obesidade	Idade em anos*	Ponto de corte IMC – sobrepeso	Ponto de corte IMC – obesidade
9 anos	18,3	21,5	15 anos	23,5	28,2
9 anos e seis meses	18,7	22	15 anos e seis meses	23,8	28,6
10 anos	19	22,6	16 anos	24,1	28,9
10 anos e seis meses	19,4	23,1	16 anos e seis meses	24,3	29,1
11 anos	19,9	23,7	17 anos	24,5	29,3
11 anos e seis meses	20,3	24,3	17 anos e seis meses	24,6	29,4
12 anos	20,8	25	18 anos	24,8	29,5
12 anos e seis meses	21,3	25,6	18 anos e seis meses	24,9	29,6
13 anos	21,8	26,2	19 anos	25	29,7
13 anos e seis meses	22,3	26,8	19 anos e seis meses	25	29,7
14 anos	22,7	27,3	20 anos	25	29,7
14 anos e seis meses	23,1	27,8			

Fonte: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição, 2011.

*A idade completa é considerada até 5 meses e 29 dias. Por exemplo, uma adolescente com 15 anos 5 meses e 29 dias deverá entrar na faixa de 15 anos, e uma adolescente com 15 anos e 7 meses deverá entrar na faixa de 15,5.

Resumo dos passos para o diagnóstico nutricional da gestante:

- Realizar as medidas antropométricas. Pesar a cada consulta e medir a altura na primeira consulta. No caso de gestantes adolescentes, a avaliação da altura deve ser realizada, no mínimo, a cada trimestre. Calcular o IMC da gestante.
- Calcular a semana gestacional da mulher grávida.
- Localizar, no eixo horizontal, a semana gestacional calculada e identificar, no eixo vertical, o IMC da gestante.
- Marcar um ponto na interseção dos valores de IMC e da semana gestacional.
- Classificar o estado nutricional da gestante segundo IMC por semana gestacional, conforme legenda do gráfico: BP, A, S, O. No caso de gestantes adolescentes, ver as observações contidas no quadro apresentado anteriormente.
- Estimar a recomendação do ganho de peso para a gestante.
- A partir da segunda consulta, ligar os pontos obtidos e observar o traçado resultante. A marcação de dois ou mais pontos no gráfico (primeira consulta e subsequentes) possibilita construir o traçado da curva por semana gestacional.

Durante a gestação, a obesidade pode ocasionar efeitos adversos para a saúde da mãe e a da criança (CHOI; PARK; SHIN, 2011; HESLEHURST et al., 2008). Muitos estudos têm mostrado que a incidência de diabetes gestacional, cesariana, hemorragia no pós-parto, parto prematuro, síndrome hipertensiva arterial, tromboembolia, macrossomia fetal, baixo apgar, entre outros, são mais comuns em mulheres obesas (CHOI; PARK; SHIN, 2011; STULBACH et al., 2007; VITOLO; BUENO; GAMA, 2011; DODD et al., 2010). Além disso, o ganho de peso excessivo durante a gestação está relacionado a um maior risco de sobrepeso e obesidade em mulheres (STULBACH et al., 2007; CHOI; PARK; SHIN, 2011; MAMUN et al., 2010).

Devido a esses fatores, a obesidade no período gravídico é um grande desafio para os profissionais de Saúde. Quando possível, mulheres com o diagnóstico de sobrepeso e obesidade devem ser aconselhadas antes da concepção e encorajadas a adotar mudanças no estilo de vida para, com isso, minimizar os riscos de desenvolvimento de complicações na gravidez (DODD et al., 2010).

A gestação é caracterizada por transformações biológicas, reajustes interpessoais e intrapsíquicos; momentos de crises construtivas, com grande potencial para estimular a formação de vínculos e ocasionar transformações pessoais (BRASIL, 2006b). Esta fase do ciclo de vida constitui um momento estratégico para a promoção da saúde.

Diante do diagnóstico de sobrepeso e obesidade durante a gestação, o profissional deve incluir a investigação de obesidade pré-gestacional, edema, polidrâmnio, macrossomia, gravidez múltipla (BRASIL, 2006b). Deve-se fornecer orientação nutricional com o objetivo de

promover o peso adequado e hábitos alimentares saudáveis. Contudo, durante a gestação, não é recomendada a perda de peso e nem dietas de restrição calórica, pois podem afetar o crescimento e desenvolvimento fetal (MAMUN et al., 2010). Para a promoção da alimentação saudável durante a gestação o Ministério da Saúde recomenda os *Dez Passos para Alimentação de Gestantes* (Anexo H).

3.3.9.5 Acompanhamento e controle do ganho de peso e do estado nutricional durante a gestação

A assistência pré-natal tem papel decisivo no resultado da gestação e é utilizada como um indicador de qualidade das medidas e os cuidados com o binômio mãe-filho que minimizam o efeito dos fatores de risco associados à gestação. Neste cenário, a eficácia da intervenção nutricional durante a gestação confirmam os benefícios da nutrição adequada, não somente sobre o resultado obstétrico, mas também na saúde da mulher no pós-parto e dos conceitos nos primeiros anos de vida (ACCIOLY; SAUNDERS; LACERDA, 2009). O controle do ganho de peso para gestantes com diagnóstico de sobrepeso e obesidade tem por finalidade reduzir os riscos e resultados desfavoráveis para a saúde da mãe e do filho, devendo, por isso, ser cuidadosamente monitorado ao longo da gestação.

As consultas para gestantes com excesso de peso devem ser remarcadas em intervalos menores que o fixado no calendário habitual de acompanhamento da gestante (BRASIL, 2006b). A gestante deve receber a informação sobre o ganho de peso para a gestação. Importante destacar que o ganho de peso da gestante deve ser distinto, de acordo com seu IMC inicial (pré-gestacional).

3.3.9.6 Ganho de peso

O ganho de peso total recomendado para gestantes com sobrepeso deve ser de 7 kg a 11 kg e de 5 kg a 9 kg quando apresentam obesidade (INSTITUTE OF MEDICINE AND NATIONAL RESEARCH COUNCIL, 2009). No primeiro trimestre, o ganho de peso é menor, por isso, é agrupado para esse período. O ganho de peso neste trimestre deve ser de 0,5 kg a 2 kg, no entanto, para as gestantes que já se encontram com excesso de peso, o ideal é que ganhem o mínimo de peso possível nesse período. Para o segundo e o terceiro trimestres, o ganho de peso deve ser estimado por semana, assim, a recomendação do ganho de peso médio para gestantes com sobrepeso deve ser de 280 g por semana e para gestantes obesas, de 220 g por semana.

Para obter o ganho de peso da gestante, deve-se calcular o peso ganho até o momento e quanto ela ainda deverá ganhar até o final da gestação, em função da avaliação clínica, segundo a tabela do IOM adaptada (quadro a seguir).

Quadro 5 – Ganho de peso (kg) recomendado durante a gestação, segundo o estado nutricional inicial

Estado nutricional inicial (IMC)	Ganho de peso (kg) semanal médio no 2° e no 3° trimestres*	Ganho de peso (kg) total na gestação
Sobrepeso (S) (25 a 29,9 kg/m ²)	0,28 (0,23 – 0,33)	7 – 11,5
Obesidade (O) (≥30 kg/m ²)	0,22 (0,17 – 0,27)	5 – 9

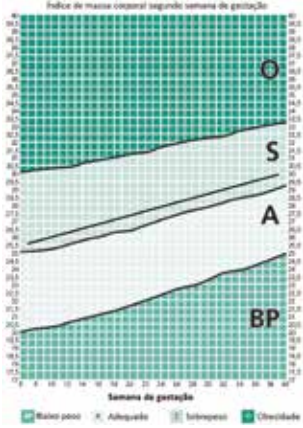
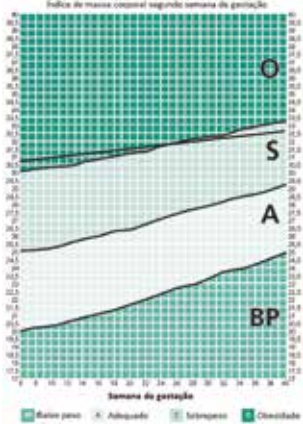
Fonte: Adaptado de Institute of Medicine (US), 2009.

*Ganho de peso no primeiro trimestre entre 0,5 a 2 kg.

3.3.9.7 Acompanhamento da evolução do estado nutricional

O acompanhamento do estado nutricional deve ser realizado por meio do gráfico de Índice de Massa Corporal (IMC), segundo a semana gestacional (Anexo D). O gráfico apresenta o desenho de três inclinações possíveis para as diferentes categorias do estado nutricional e identifica se a inclinação do traçado é ascendente, horizontal ou descendente. A partir da segunda consulta, deve-se ligar os pontos e observar o traçado obtido. A marcação de dois ou mais pontos no gráfico (primeira consulta e seguintes) possibilita a construção do traçado da curva por semana gestacional.

Figura 3 – Avaliação do traçado da curva de acompanhamento do estado nutricional da gestante, segundo o gráfico de Índice de Massa Corporal, por semana gestacional

<p>Sobrepeso (S)</p>	<p>A curva deve apresentar inclinação ascendente semelhante às curvas que delimitam a de sobrepeso (S), a depender do seu estado nutricional inicial. Por exemplo: se uma gestante de sobrepeso inicia a gestação com IMC próximo ao limite inferior desta faixa, sua curva de ganho de peso deve ter inclinação ascendente semelhante à curva que delimita a parte inferior desta faixa no gráfico.</p>	
<p>Obesidade (O)</p>	<p>A curva deve apresentar inclinação semelhante ou inferior (desde que ascendente) à curva que delimita a parte inferior da faixa de obesidade (O).</p>	

Fonte: BRASIL, 2011a.

Importante: Deve-se considerar:

- traçado ascendente: ganho de peso adequado;
 - traçado horizontal ou descendente: ganho de peso inadequado (gestante de risco).
- O traçado deve ser sempre ascendente, durante toda a gestação, mesmo para gestantes com excesso de peso. No entanto, este ganho de peso deve ser acompanhado e não ultrapassar os limites da faixa de ganho de peso recomendado.

Para a obtenção do IMC, a aferição do peso deve ser feita em todas as consultas, no entanto, a estatura pode ser medida apenas no primeiro atendimento.

No acompanhamento da gestante, além das questões biológicas e nutricionais, deve-se considerar seu contexto familiar e a rede social em que ela está inserida. Um aspecto importante no cuidado pré-natal, em especial, da gestante com excesso de peso, está relacionado ao seu excesso de apetite, que não deve ser compreendido apenas como uma necessidade fisiológica. Este período também pode estar relacionado à procura por atender outras necessidades por meio da alimentação, como a afetiva.

Dessa forma, espaços de discussões devem ser estabelecidos na busca de refletir estratégias facilitadoras para o cuidado nutricional da gestante que apresenta excesso de peso. Somente a informação sobre o excesso de peso pode não ser suficiente para promover mudanças de comportamento e a adesão às orientações alimentares. É necessário, portanto, refletir em estratégias que garantam a aderência dessas gestantes quanto à recomendação dietética, bem como à forma como essas orientações serão transmitidas (FAZIO et al., 2011).

Um estudo realizado por Vitolo, Bueno e Gama (2011) no Rio Grande do Sul, evidenciou o impacto da orientação dietética sobre a velocidade do ganho de peso em mulheres grávidas atendidas em unidades de Saúde. Por meio de orientações dietéticas simples foi possível observar um menor ganho de peso semanal para gestantes com excesso de peso, além de menor prevalência e menor risco de complicações gestacionais. As orientações para gestantes com excesso de peso resumiram-se a:

- Priorizar intervalos entre as refeições (de três a quatro horas);
- Não repetir as porções de alimentos das refeições e dos lanches;
- Restringir o consumo diário de refrigerantes e doces, alimentos industrializados ricos em gordura e também o óleo das preparações;
- Determinar porções diárias de frutas, verduras e legumes.

No entanto, para melhorar a eficácia deste tipo de intervenção, as orientações dietéticas devem ser implementadas antes da 20ª semana de gestação (VITOLLO; BUENO; GAMA, 2011). Além do aconselhamento nutricional, as gestantes devem ser aconselhadas sobre a prática de atividade física, desde que adaptada à sua condição individual e que não haja contraindicação médica.

Quadro 6 – Observações em caso de gestantes adolescentes e gestação múltipla

Gestantes adolescentes	O monitoramento do ganho de peso para gestantes adolescentes pode ser realizado por meio do Quadro 5, proposto pelo IOM. Como para as demais gestantes, a aferição do peso deve ser feita em todas as consultas, no entanto, para gestantes adolescentes, a estatura deve ser medida pelo menos a cada trimestre. Após o cálculo do IMC, o registro na curva de acompanhamento também deve ser realizado a cada consulta.
Gestação múltipla	No caso de gestação múltipla, o ganho de peso total compreendido até 37-42 semanas de gestação deve ser entre 14 kg e 23 kg para mulheres com sobrepeso e entre 11 kg e 19 kg, para mulheres com obesidade. (INSTITUTO DE MEDICINA, 2005). O mesmo procedimento para as demais gestantes deve ser realizado a cada consulta, cálculo do IMC e registro na curva de acompanhamento.

Fonte: CGAN/DAB/SAS/MS.

3.3.9.8 Edema

O American College of Obstetricians and Gynecologists define edema como "acúmulo generalizado de fluidos representado por mais de 1+ de edema depressível após 12 horas de repouso no leito, ou ganho de peso de 5lbs (2,27 kg) ou mais em uma semana". Edema isolado no final da gestação é frequente (25% das gestações) e não representa maior risco (BRASIL, 2011). Sendo assim, é necessário detectar precocemente a ocorrência de edema patológico. O edema influi diretamente no ganho de peso e sua presença deve ser avaliada a cada consulta. No Quadro 7 são apresentados os graus de edema gestacional.

Quadro 7 – Interpretação do edema na gestação

Achados	Notação	Conduta
Edema ausente.	(-)	Acompanhamento conforme o calendário de rotina.
Apenas edema de tornozelo, sem hipertensão ou aumento súbito de peso.	(+)	Avaliar a associação com postura, ao final do dia, ao aumento da temperatura ou ao tipo de calçado.
Edema limitado aos membros inferiores, com hipertensão ou aumento de peso e/ou proteinúria +.	(++)	Aumentar repouso em decúbito lateral esquerdo. Verificar a presença de sinais/sintomas de pré-eclâmpsia grave e interrogar sobre movimentos fetais. A gestante deve ser avaliada pelo médico e encaminhada para o serviço de alto risco.
Edema generalizado (face, tronco e membros), ou que já se manifesta ao acordar, acompanhado ou não de hipertensão ou aumento súbito de peso.	(+++)	Gestante de risco em virtude de suspeita de pré-eclâmpsia ou outras intercorrências. A gestante deve ser avaliada pelo médico e encaminhada para serviço de alto risco.
Edema unilateral de MMII, com dor e/ou sinais flogísticos.		Suspeita de processo trombótico (tromboflebites, TVP). A gestante deve ser avaliada pelo médico e encaminhada para serviço de alto risco.

Fonte: BRASIL, 2006b.

3.3.9.9 Atividade física durante a gestação

As gestantes com excesso de peso e sem outras complicações devem ser orientadas a praticar atividade física de baixo impacto, como caminhadas, durante todo o período da gravidez. Essa prática, além de melhorar a circulação e o nível pressórico, tende a ter efeitos positivos. Entre as gestantes que não praticavam nenhuma atividade antes da gestação, a orientação é que o exercício seja estimulado de maneira gradual, iniciando com dez minutos diários, com aumento de um minuto por dia não excedendo a uma hora diária. A mulher deve observar se há algum desconforto durante a prática e caso este ocorra o exercício deve ser diminuído ou suspenso, de acordo com cada caso. Abaixo, segue quadro com as contra-indicações de prática de atividade física na gestação:

Quadro 8 – Contra-indicações a exercício aeróbico e sinais para interrupção do exercício físico durante a gestação

Contra-indicações absolutas ao exercício aeróbico durante a gestação	Contra-indicações relativas ao exercício aeróbico durante a gestação	Sinais de alerta para interrupção do exercício físico durante a gestação
Doença cardíaca hemodinamicamente significativa Doença pulmonar restritiva Incompetência cervical Gestação múltipla com risco de parto Sangramento persistente após 2º ou 3º trimestre Placenta prévia após 26 semanas de gestação Parto prematuro Ruptura de membranas Síndrome hipertensiva da gravidez	Anemia grave Arritmia cardíaca materna não avaliada Bronquite crônica Diabetes tipo 1 mal controlado Obesidade mórbida Baixo peso extremo História de sedentarismo extremo Restrição do crescimento intrauterino Hipertensão mal controlada Limitações ortopédicas Desordens do equilíbrio não controladas Hipertireoidismo mal controlado Fumo excessivo	Sangramento vaginal Dispneia Vertigens Cefaleia Dor torácica Fraqueza muscular Dor ou inchaço em panturrilha Parto prematuro Redução do movimento fetal Perda de líquido amniótico

Fonte: ACOG.

3.3.9.10 Nutrizes

No puerpério, ocorre a adaptação desta nova situação e da nova imagem corporal. Nesta fase, as mulheres necessitam de maior apoio da família, dos amigos e dos profissionais de Saúde.

A alimentação saudável deve ser estimulada, de maneira a facilitar a diminuição do peso de forma gradual e sem danos à saúde da mulher. A combinação dos cuidados com a alimentação e a prática de atividade física (após autorização médica) pode ser preferível para perda de peso no pós-parto (AMORIM; LINNE; LOURENCO, 2009). Neste período, deve-se evitar o excesso de bebidas adoçadas, refrigerantes e outros alimentos podem ser muito calóricos ou inadequados.

Destaca-se a importância do incentivo e apoio ao aleitamento materno, principalmente no caso de nutrizes com sobrepeso ou obesas. A amamentação aumenta a demanda de energia diária nas mulheres e, por isso, pode facilitar o retorno ao peso pré-gestacional, principalmente se a amamentação for exclusiva (REA, 2004). Entre as mulheres mais jovens, a amamentação pode levar a uma significativa perda de peso adicional (GOULD ROTHBERG et al., 2011).

Os profissionais de Saúde devem perceber as mulheres para além da obesidade. A gestante e as nutrizes precisam ser compreendidas a partir da sua história de vida e do contexto em que vivem.

3.3.10 Mulher na menopausa

A grande maioria dos estudos tem referido associação entre o ganho de peso nas mulheres e os fatores reprodutivos, especialmente entre obesidade e menopausa. Na perimenopausa e no climatério as mudanças endócrinas clínicas, biológicas e psicossociais começam ocorrer. A menopausa em si tem grande impacto na composição corporal pelas mudanças metabólicas que promove, como a diminuição da taxa metabólica ao repouso, diminuição da síntese de colágeno, perda de massa magra e aumento de gordura corporal total, principalmente a abdominal, fatores que concorrem para o aumento da massa corporal (COUTINHO, 1998; LINS, 1999; MONTILLA et al., 2003; REIS et al., 2000).

Neste sentido, vale destacar que é de extrema importância o estímulo e incentivo à realização de atividade física associada à alimentação saudável nesta fase do curso da vida, enfatizando determinados nutrientes, como o cálcio, por exemplo. Estudos identificam que a média de consumo de cálcio é inadequada, o que compromete ainda mais a saúde óssea da mulher no climatério. O aumento na ingestão dietética deste mineral, mesmo em mulheres na pós-menopausa, poderia retardar a perda de cálcio ósseo. Assim, uma alimentação adequada instituída precocemente e mantida continuamente representa um importante fator promotor de saúde e preventivo quanto aos agravos crônicos à saúde (MONTILLA et al., 2003).

A fase da menopausa ocorre quando provavelmente a maior parte das mulheres está reduzindo suas atividades, desempenhando um papel diferente do exercido durante a fase reprodutiva, podendo propiciar sentimentos de exclusão e depressão, o que pode significar uma perda de determinados papéis sociais, nos quais a reprodução e a feminilidade se confundem.

Nesse contexto, é necessário direcionar esforços que possibilitem abordagens interdisciplinares, enfocando o planejamento da orientação alimentar de maneira a permitir maior participação da mulher no seu manejo, na tentativa de apoio à superação das principais dificuldades e necessidades inerentes a este período.

Segundo Coutinho (1998), os profissionais de Saúde, em geral, não só parecem despreparados para auxiliar a mulher a perder peso, como também estão sujeitos a todo padrão estético, preconceitos e estereótipos vigentes. Para que se consiga maior êxito, é preciso encontrar maneiras de intervir que sejam benéficas para a saúde da mulher, compreendendo que cada fase do ciclo reprodutivo traz uma especificidade a ser conhecida e respeitada.

Neste sentido, deve-se perceber a mulher na pluralidade das experiências e necessidades decorrentes do desempenho de papéis diversos, atuante e integrante de um contexto social, político, cultural e econômico que define a sociedade contemporânea, considerando que o estado nutricional é influenciado por todos esses aspectos.

No Anexo L estão listados os *Dez Passos da Alimentação Saudável para Adultos*.

3.3.11 Outros exames que devem ser realizados em pacientes com excesso de peso (IMC ≥ 25 kg/m²)

3.3.11.1 Circunferência da cintura

Quadro 9 – Classificação do risco aumentado para doenças cardiovasculares de acordo com a circunferência de cintura

	Valor de circunferência da cintura
Mulheres	$\geq 80,0$ cm
Homens	$\geq 94,0$ cm

Fonte: Brasil, 2008.

A circunferência da cintura permite identificar a localização da gordura corporal, já que o padrão de distribuição do tecido adiposo em indivíduos adultos tem relação direta com o risco de morbimortalidade. Os pontos de corte adotados, que diferem segundo o sexo, seguem as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2000).

3.3.11.2 Lipidograma

Para indivíduos adultos, as recomendações quanto aos teores de lipídios ou gorduras no sangue são apresentadas a seguir:

Quadro 10 – Recomendações dos teores de lipídios ou gorduras no sangue

LIPIDOGRAMA	RECOMENDAÇÃO
Triglicerídeos	<150 mg/dL
HDL – colesterol	Para homens: >40 mg/dL Para mulheres: >50 mg/dL
LDL – colesterol	<160 mg/dL

Fonte: Brasil, 2008.

3.3.11.3 Pressão arterial

A hipertensão arterial é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva. A tabela, a seguir, apresenta a classificação da pressão arterial para adultos. Destaca-se que o valor mais alto de pressão sistólica ou diastólica estabelece o estágio do quadro hipertensivo. Quando as pressões sistólica e diastólica situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação do estágio.

Tabela 6 – Valores de pressão arterial no consultório, Mapa, Ampa e MRPA, que caracterizam hipertensão, hipertensão do avental branco e hipertensão mascarada

	Consultório	Mapa Vigília	Ampa	MRPA
Normotensão ou hipertensão controlada	<140/90	≤130/85	≤130/85	≤130/85
Hipertensão	≥140/90	>130/85	>130/85	>130/85
Hipertensão do avental branco	≥140/90	<130/85	<130/85	<130/85
Hipertensão mascarada	<140/90	>130/85	>130/85	>130/85

Fonte: SBH; SBC; SBN, 2010.

Mapa = monitorização ambulatorial da PA de 24h; Ampa = automedida da PA; MRPA = monitorização residencial da PA

3.3.11.4 Glicemia

No atendimento nutricional, é importante avaliar a presença de sintomas clássicos de diabetes, que são: poliúria, polidipsia, polifagia e perda involuntária de peso. Em associação, os testes laboratoriais para o diagnóstico de diabetes e de regulação glicêmica alterada são: glicemia de jejum, teste oral de tolerância à glicose (TTG-75 g) e glicemia casual.

O diagnóstico do diabetes é estabelecido: a) na presença dos sintomas de diabetes e de glicemia casual maior ou igual a 200 mg/dL, seja esta realizada a qualquer hora do dia, independentemente do horário das refeições; b) na presença dos sintomas de diabetes e de glicemia de jejum maior ou igual a 126 mg/dL, devendo ser confirmado este exame com nova glicemia; ou c) na presença dos sintomas de diabetes e de glicemia de duas horas maior ou igual a 200 mg/dL no teste de tolerância à glicose, devendo ser confirmado este exame com nova glicemia.

A seguir, é apresentada a interpretação dos resultados da glicemia de jejum e do teste de tolerância à glicose.

Tabela 7 – Valores preconizados para o diagnóstico de DM tipo 2 e seus estágios pré-clínicos

Categoria	Glicemia de jejum*	TTG: 2 horas após 75 g de glicose	Glicemia casual**	Hemoglobina glicada (HbA1C)
Glicemia normal	<110	<140	<200	
Glicemia alterada	>110 e <126			
Tolerância diminuída à glicose		>140 e <200		
Diabetes <i>mellitus</i>	≥126	≥200	200 (com sintomas clássicos***)	>6,5%

Fonte: Adaptado de Sociedade Brasileira de Diabetes, Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2009. World Health Organization (2006). Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycemia: report of a WHO/IDF consultation. WHO, Geneva.

*O jejum é definido como a falta de ingestão calórica por, no mínimo oito horas.

**Glicemia plasmática casual é definida como aquela realizada a qualquer hora do dia, sem se observar o intervalo desde a última refeição.

***Os sintomas clássicos de DM incluem poliúria, polidipsia e polifagia.

Leia mais sobre HAS e DM nos respectivos *Cadernos de Atenção Básica* desta Coleção!

3.3.11.5 Avaliação do risco cardiovascular

70 Considerando que a pessoa com sobrepeso e obesidade muitas vezes possui comorbidades associadas, é importante que o profissional esteja atento à avaliação do risco cardiovascular. Para a estratificação de risco cardiovascular, recomenda-se a utilização do escore de Framingham.

Essa estratificação tem como objetivo estimar o risco de cada indivíduo sofrer uma doença arterial coronariana nos próximos dez anos. Esta estimativa se baseia na presença de múltiplos fatores de risco, como sexo, idade, níveis pressóricos, tabagismo, HDLc e LDLc. A partir da estratificação de risco, selecionam-se indivíduos com maior probabilidade de complicações, os quais se beneficiarão de intervenções mais ofensivas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

Veja como calcular o escore de Framingham em *Cadernos de Atenção Básica, nº 37 – Hipertensão Arterial Sistêmica* desta Coleção.

A obesidade sem comorbidades, representa no escore de Framingham um risco baixo/intermediário. No entanto, ao elaborar um plano de cuidado, o profissional precisa considerar que um IMC maior de 40 kg/m² pode predispor a pessoa a risco de doença cardiovascular prematura. Além disso, pessoas com IMC a partir de 30 kg/m², especialmente aqueles com obesidade central, deverão ter sua pontuação no escore multiplicada por 1,3 (BRASIL, 2010).

3.3.11.6 Avaliação de condições endócrinas

Não é incomum que as pessoas venham à consulta preocupadas com alguma causa de sua obesidade aliada a outra doença ou agravo. Em geral, as condições endócrinas são raras, como a obesidade hipotálâmica e a síndrome de Cushing, ou não são associadas com grande excesso de peso, como o hipotireoidismo, e, em geral, são acompanhadas por outros achados clínicos (Quadro 11). Uma causa médica potencial da obesidade está relacionada ao uso de medicações (ver Quadro 19).

Quadro 11 – Doenças endócrinas associadas ao excesso de peso

Doença endócrina	Quadro clínico associado	Comentários
Hipotireoidismo	Fadiga, intolerância ao frio, constipação, bradicardia, rarefação de pelos.	Ganho de peso modesto – não explica obesidade mórbida.
Síndrome de Cushing	Obesidade central, giba, atrofia da pele, estrias violáceas, equimoses.	Rara. Causa mais comum é o uso crônico de corticosteroides.
Síndrome de ovários policísticos	Hirsutismo/hiperandrogenismo, oligo/amenorreia, resistência insulínica.	Relação causa-efeito com a obesidade não está estabelecida.
Deficiência de hormônio do crescimento (GH)	História de deficiência de GH na infância. Pan-hipopituitarismo associado (tumor de hipófise, craniofaringioma).	Rara. Tratamento indicado apenas quando as manifestações clínicas são graves.
Obesidade hipotalâmica	Cefaleia, alteração visual, infertilidade, convulsão, sonolência, alterações de comportamento, diabetes <i>insipidus</i> , insuficiência adrenal.	Muito rara. Associada a trauma, a tumor, doença inflamatória, à manipulação cirúrgica de fossa posterior ou à hipertensão intracraniana.

Fonte: Pablo Lannoy Stürmer.

3.3.11.7 Obesidade e câncer

A obesidade, além de ser um fator de risco para uma série de doenças crônicas como diabetes e hipertensão, possui evidências convincentes que permitem afirmar que também aumenta o risco para desenvolvimento do câncer. O excesso de peso aumenta o risco de cânceres de esôfago, pâncreas, colorretal, mama, vesícula biliar, endométrio e rins. Estima-se que no Brasil pelo menos um em cada dez casos desses tipos de câncer relacionados à obesidade poderia ser evitado por meio do controle do peso (BRASIL, 2009). São diversos os mecanismos que explicam esse maior risco entre pessoas com excesso de peso. Um deles indica que as próprias células de gordura produzem fatores pró-inflamatórios que podem agredir células saudáveis e transformá-las em células precursoras de câncer. Além disso, pessoas com excesso de peso apresentam maior concentração de hormônios que estimulam a proliferação celular e inibem a apoptose (morte programada das células), e isso também pode provocar a iniciação de um câncer (WORLD CANCER RESEARCH FUND, 2007).

Para mais informações e detalhes sobre a realização do diagnóstico nutricional nas diferentes fases do curso da vida e a técnica de realização das medidas antropométricas, consultar publicações do Sisvan do Ministério da Saúde disponível em <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/index2.php>>.

Referências

72

ACCIOLY, E.; SAUNDERS, C.; LACERDA, E. M. A. **Nutrição em obstetrícia e pediatria**. 2. ed. Rio de Janeiro; Guanabara: Cultura Médica, 2009.

AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION (ADA). **The nutrition screening initiative**: incorporating nutrition screening and interventions into medical practice: a monograph for physicians. Washington D.C. US: American Academy of Family Physicians. National Council on Aging Inc., 1994.

AMORIM A. A. R.; LINNE, Y. M.; LOURENCO, P. M. C. Diet or exercise, or both, for weight reduction in women after childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews. **The Cochrane Library** [On line], Issue 6, Art. n. CD005627, 2009.

ATALAH, E. Propuesta de un nuevo estándar de evaluación nutricional en embarazadas. **Revista Médica de Chile**, [S.l.], v. 125, n. 12, p. 1429-1436, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **DATASUS**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0206>>. Acesso em: 8 ago. 2011.

_____. **Portaria nº 2.715 de 17 de novembro de 2011**. Atualiza a Política Nacional de Alimentação e Nutrição. 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2715_17_11_2011.html>. Acesso em: 17 jul. 2013.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pré-natal e puerpério**: atenção qualificada e humanizada: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Alimentação saudável para a pessoa idosa**: um manual para profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Dez passos para uma alimentação saudável**: guia alimentar para menores de dois anos: um guia para o profissional de saúde na atenção básica. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Obesidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. (Cadernos de Atenção Básica, n. 12), (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BURLANDY, L. Segurança alimentar e nutricional: intersectorialidade e as ações de nutrição. **Saúde em Revista: Segurança Alimentar e Nutricional**, São Paulo, v. 6, n. 13, p. 9-15, maio/ago. 2004.

CHOI, S. K.; PARK, I. Y.; SHIN, J. C. The effects of pre-pregnancy body mass index and gestational weight gain on perinatal outcomes in Korean women: a retrospective cohort study. **Reproductive Biology and Endocrinology**, [S.l.], v. 9, p. 6, 2011.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL, 2., 2004, Olinda. **A construção da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional**. Olinda: [s.n.], 2004.

COUTINHO, D. **A influência da história reprodutiva no índice de massa corporal de mulheres brasileiras**. 1998. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo, 1998.

DODD, J. M. et al. Antenatal interventions for overweight or obese pregnant women. A systematic review of randomized trials. **BJOG : an International Journal of Obstetrics and Gynaecology**, Oxford, v. 117, p. 1316-1326, 2010.

FAZIO, E. S. et al. Consumo dietético de gestantes e ganho ponderal materno após aconselhamento nutricional. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 87-92, 2011.

GOULD ROTHBERG, B. et al. Gestational weight gain and subsequent postpartum weight loss among young, lowincome, ethnic minority women. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, Saint Louis, v. 204, n. 1, p. 1-52, 2011.

HESLEHURST, N. et al. The impact of maternal BMI status on pregnancy outcomes with immediate short-term obstetric resource implications: a meta-analysis. **J. Obesity**, [S.l.], v. 9, n. 6, p. 635-683, 2008.

INSTITUTE OF MEDICINE AND NATIONAL RESEARCH COUNCIL. Committee to Reexamine IOM Pregnancy Weight Guidelines. **Weight gain during pregnancy: reexamining the guidelines**. K. M. Rasmussen; A. L. Yaktine (Eds.). Washington, DC: National Academies Press, 2009.

INSTITUTO DE MEDICINA (Brasil). **Dietary referencess intakes for energy, carbohydrate, fiber, fat, acids, cholesterol, protein and amoniacids**. Washington, D.C.: National Academy Press, 2005.

JACOB FILHO, W. **Promoção de saúde do idoso**. São Paulo: Ed Lemos; Faculdade de Medicina de São Paulo, 1998.

LINS, A. P. M. **Fatores associados ao sobrepeso em mulheres de 20-59 anos no município do Rio de Janeiro**. 1999. Dissertação (Mestrado em Saúde da Mulher e da Criança) – Instituto Fernandes Figuera, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999.

MAMUN, A. A. et al. Associations of excess weight gain during pregnancy with long- term maternal overweight and obesity: evidence from 21 y postpartum follow-up. **American Journal of Clinical Nutrition**, New York, v. 91, n. 5, p. 1336-1341, 2010.

MARQUES, A. P. O. et al. Prevalência de obesidade e fatores associados em mulheres idosas. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, [S.l.], v. 49, n. 3, p. 441-448, 2005.

MCTIGUE, K. M.; HESS, R.; ZIOURAS, J. Obesity in olders adults: a systematic review of the evidence for diagnostic and treatment. **Obesity**, [S.l.], v. 14, n. 9, Sept. 2006.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MONTILLA, R. N. G. et al. Avaliação do estado nutricional e do consumo alimentar de mulheres no climatério. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 91-95, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Child Growth Standards**. Genebra: Who, 2007.

_____. **Obesity: preventing and managing the global epidemic**. Report of a WHO consultation on obesity. WHO Technical Report Series, n. 894. Geneva, Switzerland: WHO, 2000.

_____. **Physical status: the use and interpretation of anthropometry**. Geneva, 1995. (WHO Technical Report Series, n. 854).

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

REA, M. F. Os benefícios da amamentação para a saúde da mulher. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro 2004, v. 80, n. 5, p. 142-146, 2004. Suplemento.

REIS, C. M. R. F. et al. Composição corpórea, distribuição de gordura e metabolismo de repouso em mulheres histerectomizadas no climatério: há diferenças de acordo com a forma da administração do estrogênio? **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 38-44, fev. 2000.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria Municipal de Saúde. **Projeto com Gosto da Saúde:** cartilha distúrbios nutricionais. Rio de Janeiro, 2005.

SILVEIRA, E. A.; KAC, G.; BARBOSA L. S. Prevalência e fatores associados à obesidade em idosos residentes em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: classificação da obesidade segundo dois pontos de corte do índice de massa corporal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1569-1577, jul. 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Revista Hipertensão**, [S.l.], v. 13, ano 13, jan./fev./mar. 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento de Nutrologia. **Avaliação nutricional da criança e do adolescente:** manual de orientação. São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2009. 112 p.

STULBACH T. E. et al. Determinantes 18: do ganho ponderal excessivo durante a gestação em serviço público de pré-natal de baixo risco. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 99-108, 2007.

TANNER, James M. **Foetus into man:** physical growth from conception to maturity. Harvard University Press, 1990.

VASCONCELOS, F. A. G. et al. Sensitivity and specificity of the body mass index for the diagnosis of overweight: obesity in elderly. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 8, p. 1519-1527, 2010.

VERAS, R. Desafios e conquistas advindas da longevidade da população: o setor saúde e as suas necessárias transformações. In: VERAS, R. (Org.). **Velhice numa perspectiva saudável**. Rio de Janeiro: [s.n.], 2001.

VITOLLO, M. R.; BUENO, M. S. F.; GAMA, C. M. Impacto de um programa de orientação dietética sobre a velocidade de ganho de peso de gestantes atendidas em unidades de saúde. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, [S.l.], v. 33, n. 1, p. 13-19, 2011.

VITOLLO, M. R. **Nutrição:** da gestação ao envelhecimento. Rio de Janeiro: Ed. Rúbio, 2008.

WORLD CANCER RESEARCH FUND (WCRF); AMERICAN INSTITUTE FOR CANCER RESEARCH (AICR). **Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer:** a global perspective. Washington, DC: AICR, 2007.

Bibliografia complementar

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA. **Diretrizes Brasileiras de Obesidade**. São Paulo: Editora Fernanda Chaves Mazza, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Saúde Comunitária. **Atenção à saúde da gestante em APS**. Organização de Maria Lucia Medeiros Lenz, Rui Flores. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2011d.

_____. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Políticas e ações para prevenção do câncer no Brasil: alimentação, nutrição e atividade física**. Rio de Janeiro: INCA, 2009.

_____. **Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional: SISVAN na assistência à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006f. (Série A. Normas e Manuais Técnicos), (Série Pactos pela Saúde, v. 4).

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN: orientações a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006e. (Série B. Textos Básicos de Saúde), (Série Pactos pela Saúde, v. 5).

CAMPOS, G. W. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

COUTINHO, W. F. A depressão na menopausa: uma entidade específica? **Informação Psiquiátrica**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 107-114, 1999.

DIETZ, W. H.; BARLOW, S. E. Obesity evaluation and treatment: committee recommendations. **Pediatrics**, v. 102, n. 3, p. 1998.

GIOVANELLA, L.; SCOREL, S.; MENDONÇA, M. H. Porta de entrada pela atenção básica? Integração do PSF à rede de serviços de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 278-289, set./dez. 2003.

HAMILL, P. V. et al. National Center for Health Statistics – NCHS. Growth curves for children: birth-18 years. **Vital Health Stat**, [S.l.], v. 11, n. 165, p. 1-74, 1977.

MERCEDES DE ONIS et al. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 85, p. 660–667, 2007.

RITO, R. V. V. F. **Obesidade e gravidez**: mulheres obesas e seus hábitos alimentares durante a gravidez. 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde da Mulher e da Criança) – Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

SKELTON, J. A. **Management of childhood obesity in the primary care setting**. [S.l.: s.n.], 2012.

TESSER, C. D. **A biomedicina e a crise da atenção à saúde**: um ensaio sobre a desmedicalização. Dissertação de mestrado. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 1999.

Estratégias de abordagem

4

4.1 Estabelecimento de um plano de ação para mudança de comportamento com foco na promoção da alimentação saudável e atividade física

O roteiro de consulta deve apenas orientar o profissional na conversa que ele terá com o público atendido. As respostas serão tanto mais ricas quanto mais o usuário perceber que de fato está conversando com alguém e não sendo interrogado. Portanto, as perguntas devem ser feitas de forma mais aberta e interativa possível (olhando para as pessoas) para que se sintam à vontade para falar de sua realidade. Nem sempre as perguntas devem ser fechadas, mas podem ser oriundas da conversa, a partir de falas sobre as suas condições de vida, suas atividades laborais e cotidianas, sua alimentação.

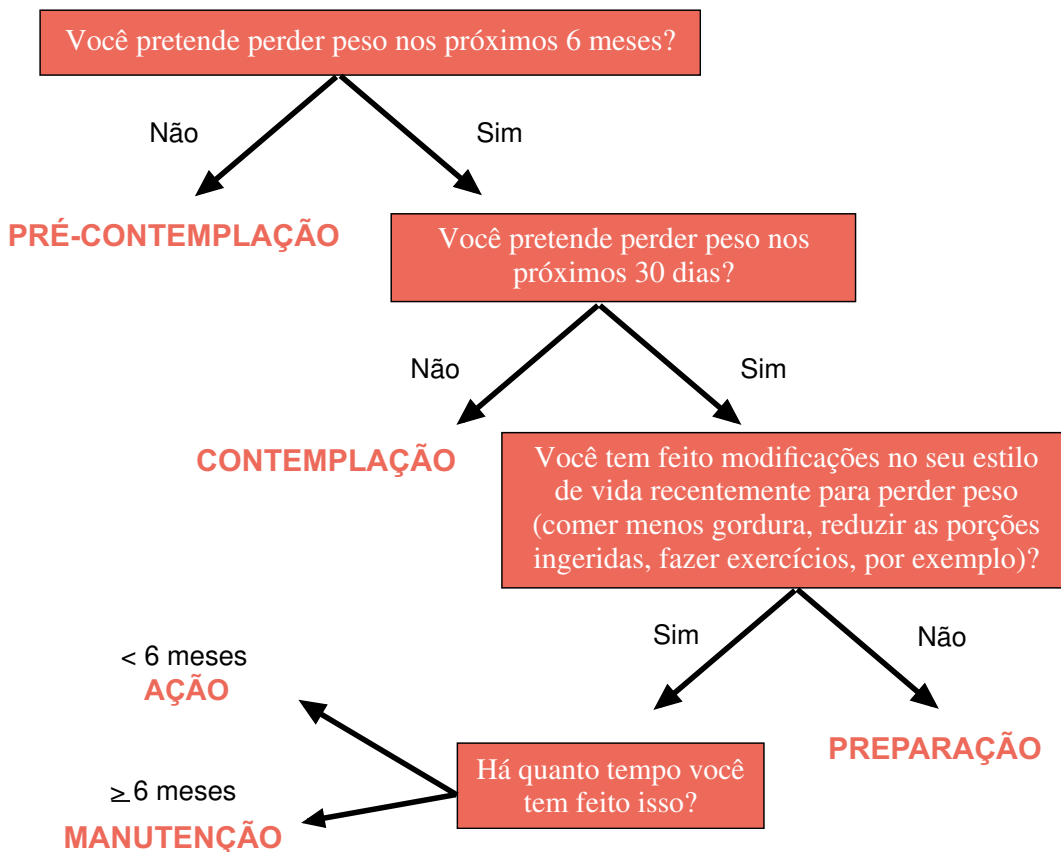
É a partir deste relato que o profissional obtém informações e poderá guiar a sua conduta.

4.2 Avaliação do estágio de mudança do comportamento

Considerando-se a atual epidemia de obesidade que afeta inúmeros países, é cada vez mais importante conhecer melhor os determinantes do comportamento alimentar, bem como os meios que favorecem a adoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis. Uma estratégia que pode contribuir para o sucesso de intervenções nutricionais é a incorporação de modelos teóricos que permitem entender e prever como ocorre determinado comportamento de saúde, incluindo o alimentar. Entre estes, destaca-se o Modelo Transteórico, cujo componente central corresponde aos estágios de mudança de comportamento (PROCHASKA; VELICER, 1997).

Para identificar em que estágio de mudança de comportamento é classificado o indivíduo, pode ser adotado um algoritmo, que corresponde ao questionário com um número limitado de perguntas que têm respostas reciprocamente exclusivas. Contudo, há diferentes formatos de algoritmo, que variam de acordo com o comportamento de saúde que se quer investigar, ou com o grupo alimentar que é foco do estudo, ou ainda com base no interesse de se identificar a percepção do indivíduo sobre sua dieta (TORAL; SLATER, 2009). O formato descrito a seguir refere-se a uma adaptação do algoritmo adotado por Hawkins, Hornsby e Schorling (2001) e Chang (2007) que permite identificar os estágios de mudança em relação à perda de peso (Figura 4).

Figura 4 – Proposta de algoritmo para avaliação dos estágios de mudança em relação à perda de peso



Fonte: Adaptado de Hawkins, Hornsby e Schorting (2001) e Chang (2007).

Em intervenções nutricionais, a classificação dos indivíduos nos estágios de mudança permite direcionar melhor as ações e metas para cada indivíduo, considerando que estes apresentam diferentes percepções e motivações para realizar mudanças em sua dieta ou em seu estilo de vida. Além disso, a classificação nos estágios pode ser adotada para organizar grupos de intervenção, assim, indivíduos no estágio pré-contemplação não fariam parte do mesmo grupo de indivíduos na fase de manutenção, além de ser usado como um indicador dos efeitos de uma intervenção; sendo o sucesso representado pelo avanço dos indivíduos ao longo dos estágios, no sentido da pré-contemplação à manutenção (DE NOOIJER et al., 2005). De forma geral, observa-se que indivíduos nos estágios mais avançados apresentam práticas alimentares mais saudáveis e maior consciência sobre suas práticas de saúde (TORAL; SLATER 2009).

A partir da classificação dos indivíduos, é possível identificar quais estratégias podem ser adotadas para cada um dos estágios de mudança, de forma a estimular a modificação do comportamento e propiciar a perda de peso. Essas estratégias estão descritas em *Cadernos de Atenção Básica, nº 35 – Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica*, desta Coleção.

4.3 Avaliação do consumo alimentar

É importante conhecer o perfil de consumo alimentar dos indivíduos para valorizar os pontos positivos da sua dieta e estabelecer mudanças e metas. Assim, outro instrumento importante está descrito abaixo e proporciona análise geral do consumo alimentar do indivíduo. Após investigação do consumo alimentar, é possível propor de acordo com o diagnóstico e pactuação de metas com o paciente (CULLEN; BARANOWSKI; SMITH, 2001; SHILTS; HOROWITZ; TOWNSEND, 2004). Utilizar modelo segundo Anexos A (consumo alimentar do Sisvan).

Com base nessa anamnese, deve-se construir com o usuário um plano de ação ou a equipe pode elaborar um Projeto Terapêutico Singular (PTS), no qual são apontados aspectos que podem ser valorizados e estimulados por já fazerem parte do cotidiano alimentar e de vida. Os aspectos precisarão ser transformados, escolhendo estratégias viáveis de serem incorporadas pelo usuário no seu dia a dia, conforme o seu diagnóstico clínico-nutricional. *Sempre que possível o atendimento deve ser feito por equipe multiprofissional, tendo em vista a complexidade causal da obesidade.*

É importante a definição, com o paciente, de metas de ações para redução do peso no curto, médio e longo prazo. A família precisa ser envolvida, sempre que possível, no apoio ao cumprimento dessas metas.

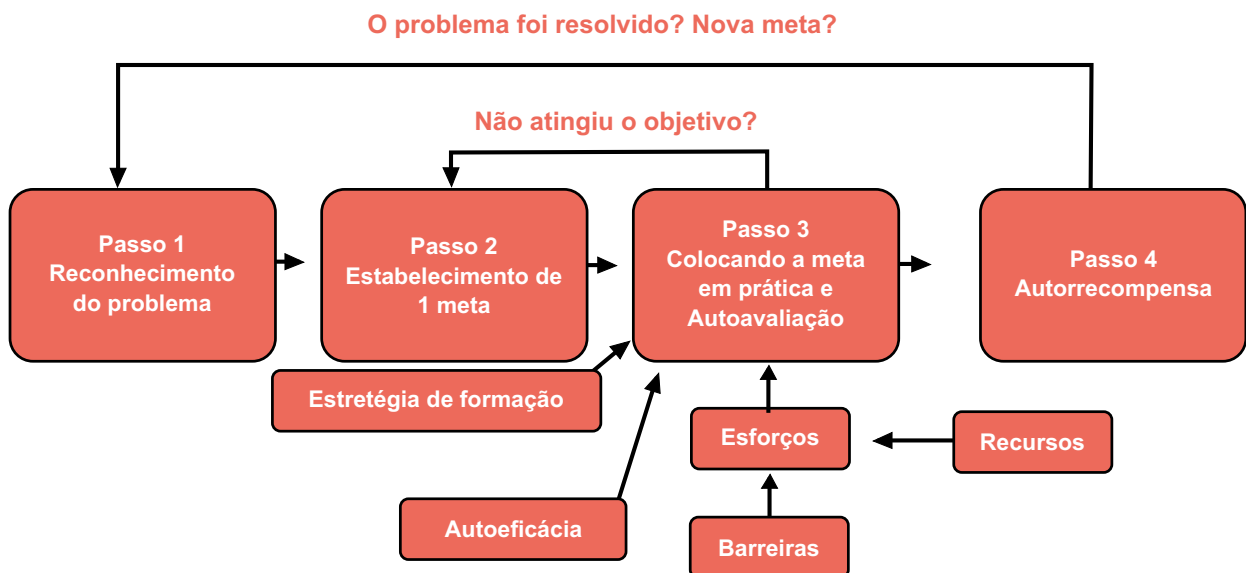
O objetivo da intervenção é reduzir a gordura corporal para um nível que seja acompanhado de melhora no estado de saúde ou consistente com a redução dos riscos e complicações (CUPPARI, 2002). Espera-se, como resultado, que os indivíduos alcancem o peso adequado, com IMC <25 kg/m². Chegar ao IMC abaixo de 25 kg/m² nem sempre é uma tarefa possível para todos os indivíduos, para as pessoas com doenças crônicas, como diabetes e hipertensão; perdas de peso entre 5% a 10% do peso corporal apresenta melhoras significativas nos níveis pressóricos e glicêmicos.

O planejamento das metas e ações devem se basear no estabelecimento de hábitos e práticas relacionadas à escolha de alimentos, comportamentos alimentares e realização de atividade física (CUPPARI, 2002).

Para avaliação do consumo alimentar e hábitos relacionados à alimentação podem ser usados instrumentos para a melhor descrição desse evento. Um instrumento é o questionário de consumo alimentar do Sisvan, esse questionário é organizado por fase do curso da vida e permite avaliar tanto a frequência de alimentos saudáveis como de alimentos ricos em açúcar, gorduras e sódio que são os principais causadores de excesso de peso (Anexos A). Outra alternativa é a proposição

de um diário alimentar no qual o indivíduo deve preencher tudo o que foi consumido em dias determinados na abordagem, com horário, local, companhia e descrição das refeições e lanches. No retorno à consulta ou, atividade em grupo, é importante que o diário seja lido cuidadosamente e durante a leitura podem ser feitas observações, desde que respeitem o estado de mudança do comportamento em que cada um se encontra e sempre valorizando os pontos positivos da alimentação que podem servir de apoio e exemplo para as mudanças programadas. Outros instrumentos para a avaliação do consumo alimentar, bem como a descrição das técnicas, estão descritos no Capítulo 8. Estratégias de mudanças de comportamento alimentar apresentam sucesso com a definição de uma ou mais metas que envolvam comportamento pessoal ou fatores ambientais (CULLEN et al., 2001).

Figura 5 – Proposta para o processo de estabelecimento de metas



Fonte: CULLEN et al., 2001.

A figura acima sistematiza a proposta elaborada por Cullen e colaboradores. A estratégia é baseada em quatro passos:

Passo 1: momento em que os problemas e/ou dificuldades devem ser identificados e reconhecidos pelo paciente. Por exemplo, reconhecer o excesso de peso, reconhecer o baixo consumo de frutas, verduras e legumes, reconhecer a alta frequência de consumo de alimentos fritos ou bebidas açucaradas etc.

Passo 2: após o reconhecimento, é possível escolher um ou dois problemas e/ou dificuldades identificados e estabelecer uma meta para cada um.

Passo 3: é o momento de colocar a meta definida em prática. É importante que o indivíduo faça uma autoavaliação para saber se a meta estabelecida foi atingida ou não. Nessa fase, diversos fatores podem interferir, como a autoeficácia, as barreiras, os recursos disponíveis, os esforços e as estratégias utilizadas. Ao chegar ao Passo 3, é importante responder à seguinte pergunta:

o objetivo foi atingido? Se não, recomenda-se o retorno ao Passo 2, para readequar a meta. Se sim, chega-se ao Passo 4.

Passo 4: se a meta foi atingida, chega-se ao ponto da recompensa. Se o problema foi resolvido, é o momento de voltar ao Passo 1, reconhecer outros problemas e/ou dificuldades e estabelecer novas metas.

Nas consultas de acompanhamento, é importante que sejam atualizados os dados de anamnese psicossocial, da história alimentar, da avaliação antropométrica (peso, IMC e outros dados), da evolução do estado nutricional, das alterações bioquímicas e clínicas e do controle das co-morbidades. Em relação à orientação alimentar, durante o acompanhamento do usuário com excesso de peso, é necessário também que o profissional possa avaliar constantemente o processo, parabenizando-o pelos resultados, identificando dificuldades e pensando em novas estratégias. As metas de mudanças propostas na consulta anterior devem ser avaliadas com o paciente. Caso a meta tenha sido atingida, novas metas poderão ser negociadas, caso não tenham sido atingidas, é importante análise e reflexão sobre as metas e reformulação ou troca da meta, se necessário.

O retorno do usuário e sua frequência ao serviço são relevantes não somente do ponto de vista da assistência à saúde propriamente dita, mas permitem maior interação entre o profissional e o usuário, maior possibilidade de diálogo, conseqüentemente, maior espaço para o aprofundamento das questões relativas à saúde e nutrição. Na consulta individual ou no trabalho coletivo, as falas, as frases e as conversas são carregadas por temas da comunidade, seus assuntos, sua vida. O debate de cada um deles possibilita, a partir do diálogo, aprofundar a compreensão da realidade (VASCONCELOS, 1998).

Tanto nas consultas como nos grupos buscam-se as individualidades, o desejo e a história de cada um, que são fatores preponderantes na busca do emagrecimento e de qualidade de vida.

4.4 Orientação alimentar com vistas à promoção do peso saudável

Apresentam-se, a seguir, algumas informações sobre alimentação que todos os profissionais de Saúde podem abordar com os usuários. Podem ser debatidas tanto em consultas individuais como em grupos educativos. Ressalta-se, no entanto, que estas orientações não devem ser vistas como regras, pois a alimentação, o cotidiano de vida são singulares para cada indivíduo, família e grupo social. Assim, é necessário respeitar as diferenças culturais da população.

A base para as recomendações de alimentação saudável, para a população brasileira, encontra-se no *Guia Alimentar para a População Brasileira* (BRASIL, 2006). As recomendações apresentadas nesse material são baseadas nas sete diretrizes e duas diretrizes especiais abaixo descritas.

Recomendações práticas sobre os grupos alimentares:

O quadro abaixo elenca as diretrizes contidas no *Guia Alimentar*.

Quadro 12 – Síntese das diretrizes do *Guia Alimentar*

Grupo
Diretriz 1 – Os alimentos saudáveis e as refeições
Diretriz 2 – Cereais, tubérculos e raízes
Diretriz 3 – Frutas, legumes e verduras (FLV)
Diretriz 4 – Feijões e outros alimentos vegetais ricos em proteínas
Diretriz 5 – Leite e derivados, carnes e ovos
Diretriz 6 – Gordura, açúcares e sal
Diretriz 7 – Água
Diretriz especial 1 – Atividade física
Diretriz especial 2 – Qualidade sanitária dos alimentos

Fonte: (BRASIL, 2006).

4.4.1 Diretriz 1 – Os alimentos saudáveis e as refeições

Refeições saudáveis são refeições preparadas com alimentos variados, com tipos e quantidades adequadas às fases do curso da vida, compondo refeições coloridas e saborosas que incluem alimentos tanto de origem vegetal como animal.

A alimentação saudável tem início com a prática do aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade e complementar até pelo menos os 2 anos, com a introdução oportuna e saudável dos alimentos.

Recomendações práticas:

- O consumo diário de, no mínimo, três refeições principais (café da manhã, almoço e jantar), intercaladas por pequenos lanches. Evitar o consumo de grandes volumes de alimentos em uma única refeição e intervalos prolongados entre as refeições.
- A substituição de refeições como o almoço e o jantar por lanches (sanduíches, lácteos, salgados etc.) não é recomendada, por não contemplar os diversos nutrientes. Em alguns casos, o lanche pode ser mais calórico e, por conter pouca fibra, sua digestão é mais rápida, diminuindo o tempo de sensação de saciedade.
- É possível comer um grande volume de alimentos e ingerir poucas calorias ou comer uma pequena porção de alimentos e ingerir muitas calorias, dependendo da densidade

energética de cada alimento. A quantidade de carboidratos, proteínas e gorduras presentes nos alimentos é que determina a densidade energética do alimento ou da refeição.

- Geralmente, os alimentos com maior densidade energética desequilibram a alimentação porque são muito calóricos e pobres em vitaminas, minerais, fibras e água. Tão importante quanto a quantidade de calorias é a variedade dos alimentos que ingerimos. Uma alimentação monótona (composta diariamente pelos mesmos alimentos) poderá ocasionar a falta ou o excesso de alguns nutrientes, facilitando o aparecimento de doenças carenciais como a anemia ferropriva, a hipovitaminose A ou o bócio, além de outras doenças resultantes do consumo excessivo de alguns nutrientes, como hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, diabetes e o excesso de peso (RIO DE JANEIRO, 2005).
- A alimentação saudável deve ser equilibrada entre os diferentes grupos de alimentos, variada e colorida. Cada grupo de alimentos fornece nutrientes específicos e essenciais a uma boa manutenção do organismo, nenhum grupo é mais importante do que o outro. Assim, em cada refeição deve-se procurar contemplar um alimento de cada grupo, porém a quantidade de porções indicada depende de cada indivíduo. Destaca-se que é recomendado no almoço e no jantar o uso tanto de frutas como de legumes e verduras.

4.4.2 Diretriz 2 – Cereais, tubérculos e raízes

Grupo dos alimentos ricos em amido, fonte de energia, que devem ser consumidos com o propósito de repor a energia gasta no desempenho das atividades diárias. Do consumo calórico diário, 55% a 75% (OMS, 2003) devem vir dos carboidratos. Este grupo é a principal fonte deste nutriente e por isso deve compor entre 45% e 65% do valor energético total diário. Os amidos são encontrados nos cereais integrais ou refinados (arroz, milho, trigo, aveia, cevada, centeio e cereais matinais), nas farinhas (arroz, fubá, trigo, mandioca e aveia), nas massas (macarrão, pão, entre outros) e também nas raízes e tubérculos (batata-inglesa, batata-doce, inhame, mandioca e cará). No Anexo E, estão listados os grupos de alimentos e listas de substituições.

Recomendações práticas:

- Um alimento deste grupo deve estar presente em cada refeição, como por exemplo, no café da manhã e no lanche, o pão, a mandioca ou a farinha; no almoço e no jantar, o arroz, a batata, a massa ou a farinha.
- Também fazem parte desse grupo os biscoitos, porém seu consumo deve ser desestimulado por conterem alto teor de sódio e de gordura.
- Os cereais integrais, por serem também importantes fontes de fibras, devem, sempre que possível, fazer parte da alimentação diária. O profissional de Saúde deve estimular o consumo de alimentos na forma integral.

4.4.3 Diretriz 3 – Frutas, legumes e verduras (FLV)

86

Estes alimentos atuam como reguladores do metabolismo, favorecendo uma série de funções orgânicas necessárias para o crescimento normal e manutenção da saúde. Têm papel relevante na formação dos ossos e de outros tecidos, sendo importantes fontes de vitaminas, sais minerais e fibras, sendo recomendado o consumo diário de maior variedade possível.

Atualmente são conhecidos os efeitos protetores e preventivos de algumas frutas, legumes e verduras. Estes vegetais apresentam compostos que têm a capacidade de modificar processos celulares, com efeitos fisiológicos protetores. As frutas, legumes e verduras são potentes antioxidantes naturais, como uvas vermelhas, maçã, tomate, cereja, amora, morango e jaboticaba, frutas cítricas, vegetais verdes escuros e alaranjados, batata, beringela, cebola, alho, grãos como soja e aveia, frutas oleaginosas.

Destaca-se que alguns alimentos deste grupo são também ricos em potássio, como laranja, banana, couve, água de coco, que podem prevenir câibras, reduzir o risco de desenvolver cálculos renais e ajudar a diminuir a perda óssea, indicados a todos, em especial, aos portadores de hipertensão arterial.

Quadro 13 – Exemplos de frutas, verduras e legumes

Verduras: acelga, agrião, aipo, alface, almeirão, brócolis, chicória, couve, couve-flor, escarola, espinafre, mostarda, repolho, rúcula, salsa e salsão.
Legumes: cenoura, beterraba, abobrinha, abóbora, pepino, cebola.
Frutas: acerola, caju, laranja, tangerina, maçã, banana, mamão, manga, melancia, limão etc.

Fonte: Guia Alimentar para a População Brasileira, 2006.

Recomendações práticas:

- A recomendação da OMS é de que sejam consumidos diariamente pelo menos 400g de FLV, sendo corroborada pelo *Guia Alimentar para a População Brasileira*, o qual recomenda o consumo diário de seis porções desses alimentos, distribuídas da seguinte forma: pelo menos três porções de frutas e três de legumes e verduras. Não há problema em ultrapassar a quantidade mínima recomendada, uma vez que estudos demonstram que quanto maior a participação de calorias advindas de FLV na alimentação, mais saudável será a dieta.
- Outra recomendação importante é o incentivo ao consumo de alimentos com cores diferentes, o que garantirá a variedade alimentar, com diferentes nutrientes e sabores (OMS, 2004; INSTITUTO BRASILEIRO DE ORIENTAÇÃO ALIMENTAR, 2005).
- O consumo de frutas, legumes e verduras (FLV) crus e cozidos, com casca e bagaço (daqueles que são comestíveis) e o seu aproveitamento integral devem ser estimulados. O uso deste grupo em preparações de massas, de arroz e de carnes torna a alimentação menos calórica, mais nutritiva, colorida, além de proporcionar mais saciedade.

É importante estimular o consumo de FLV valorizando a produção local, como açaí, araçá, ata, babaçu, bacuri, biriba, buriti, cajá, cajarana, caju, carambola, cupuaçu, fruta-do-conde, jenipapo, goiaba, graviola, jabuticaba, jaca, jambo, juá, mangaba, maracujá, murici, oiti, pequi, pitanga, pitomba, pupunha, sapoti, siriguela, tamarindo, umbu, alfavaca, azedinha, caruru, espinafre-africano, jambu-vinagreira, feijão-de-asa, feijão-de-metro, palma, taioba, beldroega, azedinha, bortalha, ora-pro-nóbis, pimenta-murupi.

4.4.3.1 Fibras

O consumo da quantidade adequada de fibras alimentares é importante na alimentação e na redução de peso, pois contribui para a redução na ingestão energética, o aumento no tempo de esvaziamento gástrico, a diminuição da secreção de insulina e o aumento da sensação de saciedade. Manter alimentação rica em frutas, legumes e verduras (FLV) pode reduzir o risco de acidentes cerebrovasculares, de outras doenças cardiovasculares, de diabetes tipo 2, além de proteger contra certos tipos de câncer, como de boca, estômago e cólon. Sempre que houver aumento no consumo de fibras é necessário que também ocorra aumento no consumo de água, independente do tipo de fibra, pois, para algumas pessoas, o consumo de fibras em excesso pode causar constipação e flatulência. Há dois tipos de fibras: as insolúveis e as solúveis em água. Veja o quadro abaixo:

Quadro 14 – Classificação dos tipos de fibras

Fibras insolúveis	Fibras solúveis
Dão textura firme a alguns alimentos, como o farelo de trigo e frutas, legumes e verduras. Estas fibras ajudam o intestino a funcionar melhor, pois retêm uma quantidade maior de água, produzindo fezes mais macias e com mais volume.	Depois de ingeridas, transformam-se em gel, permanecendo mais tempo no estômago e dando uma sensação maior de saciedade. Esse “gel” atrai as moléculas de gordura e de açúcar, que são eliminadas pelas fezes. Dessa forma, as fibras solúveis ajudam a reduzir os níveis de colesterol e de glicemia do sangue.
Principais fontes: farelos de trigo, grãos integrais, nozes, amêndoas, amendoim, casca de frutas – como maçã, pera – e legumes e verduras como ervilha fresca, cenoura crua, entre outras.	Principais fontes: leguminosas (feijão, lentilha, ervilha), nas sementes, nos farelos de aveia, de cevada, de arroz, nas frutas, legumes e verduras.

Fonte: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição, 2011.

4.4.4 Diretriz 4 – Feijões e outros alimentos vegetais ricos em proteínas

As leguminosas são grãos contidos em vagens ricas em tecido fibroso. Os grãos secos como o feijão, lentilha, grão-de-bico e soja, embora sejam consideradas proteínas incompletas, quando consumidos com cereais tais como o arroz, milho e trigo realizam combinações proteicas de

valor semelhante ao das proteínas completas, por isso essas combinações devem ser estimuladas. *Consumir arroz e feijão diariamente faz parte de uma alimentação saudável.* Algumas espécies de grãos podem ser consumidas quando ainda verdes (ervilhas e vagens).

A soja é comumente utilizada na produção de derivados como o produto leitoso de soja, o queijo tofu, a farinha de soja e o seu resíduo, que é sobra da preparação do leite, com a qual é feita a “carne de soja”. Entretanto, recomenda-se que deve ser preferencialmente consumida em grão.

As proteínas são constituídas de aminoácidos. Quase todos os aminoácidos são produzidos pelo corpo, com exceção dos aminoácidos essenciais, os quais devem estar presentes nos alimentos consumidos. Assim, as proteínas podem ser completas e incompletas de acordo com a presença desses aminoácidos essenciais. As proteínas completas são consideradas de alto valor biológico e são provenientes das carnes de boi, peixes, aves, ovos, leite e derivados. As proteínas incompletas são provenientes dos alimentos de origem vegetal como feijão, lentilha, grão-de-bico, soja e sementes oleaginosas.

Recomendações práticas:

- Orientar o consumo de uma porção de leguminosas por dia.
- O consumo de arroz com feijão, na proporção de uma parte de feijão para duas de arroz, cozidos é a combinação completa de proteínas.
- Estimular o consumo de castanhas e sementes, inclusive como ingrediente de diferentes preparações.

4.4.5 Diretriz 5 – Leites e derivados, carnes e ovos

4.4.5.1 Leites e derivados

Além de ser fonte de proteína de alto valor biológico, são os maiores fornecedores de cálcio. Os produtos lácteos são os queijos, requeijões, iogurtes e coalhadas. Dietas ricas em leite ou produtos lácteos ajudam na formação de ossos e dentes, na contração muscular e na ação do sistema nervoso, podendo reduzir o risco de osteoporose. O consumo de produtos lácteos é especialmente importante para a saúde óssea durante a infância e adolescência, quando a massa óssea está em formação. Os adultos devem preferir os produtos com baixo teor de gordura, desnatados ou versões *light*.

4.4.5.2 Carnes (bovinos, suínos, aves e peixes) e ovos

Seu consumo deve ser estimulado nas grandes refeições, dando preferência a carnes magras, de boi, peixes e aves sem pele, carne branca de porco, como lombinho, e ovos. A recomendação de ingestão é de uma porção/dia em um plano alimentar de 2 mil calorias. Esses alimentos são ricos também em gorduras, e colesterol, por isso, devem ser consumidos com moderação.

As carnes são também excelentes fontes de ferro. O ferro é usado para transportar o oxigênio no sangue. A prevalência de anemia ferropriva no Brasil é alta, especialmente entre crianças, adolescentes, mulheres em idade fértil e gestantes. Assim, na alimentação saudável, devem estar presentes diariamente alimentos fonte de ferro heme (carnes) e outros que contenham ferro não heme, produtos de origem vegetal, como o feijão, sendo que, para melhor aproveitamento, estes devem ser consumidos com alimentos fontes de vitamina C.

Recomendações práticas:

- Recomendar o consumo diário de três porções de leites e/ou derivados por dia.
- Orientar o consumo diário de uma porção de carne, peixe ou ovo por dia.
- Estimular a escolha de leites, derivados e carnes com menor teor de gordura.
- Crianças, adolescentes e gestantes devem consumir leite integral. Se houver justificativa clínica, o consumo de leites e derivados com baixo teor de gordura poderá ser prescrito por médico ou nutricionista individualmente.
- As carnes selecionadas para o consumo devem ser aquelas com menor quantidade de gordura. Por isso, é importante recomendar a retirada de toda a gordura aparente e peles antes do preparo.
- Charque e derivados de carne (salsicha, linguiça, presuntos e outros embutidos) contêm, em geral, excesso de gorduras e sal e somente devem ser consumidos ocasionalmente.
- Vísceras e miúdos, como fígado bovino e outros, são excelentes fontes de ferro, por isso o consumo de uma vez na semana deve ser estimulado.

4.4.6 Diretriz 6 – Gordura, açúcares e sal

Este grupo é a principal fonte de lipídeos, fornecendo energia, ácidos graxos essenciais e vitaminas lipossolúveis. Das calorias diárias, 15% a 30% devem ser fornecidas por este grupo (OMS, 2004). Cada grama de lipídeo fornece 9 kcal, mais que o dobro fornecido pelo mesmo peso de carboidrato ou proteína (4 kcal/g). Os exageros de gordura na alimentação, além de elevar o seu valor energético total, podem levar à obesidade, à elevação do colesterol total e suas frações e à resistência à insulina.

As gorduras que se apresentam sólidas à temperatura ambiente, como manteiga e banha, são de origem animal, chamadas de saturadas e ricas em colesterol. Gorduras líquidas à temperatura ambiente são de origem vegetal. Quando estas gorduras vegetais sofrem um processo chamado de hidrogenação (como na margarina e no creme vegetal), são transformadas em gordura vegetal hidrogenada ou gordura trans.

4.4.6.1 Recomendação em relação ao valor energético total (VET)

Uma alimentação saudável deve ter no máximo 10% das calorias totais de gordura saturada, devendo ter de 6% a 10% das calorias totais de poliinsaturada, de 1% a 2% das calorias totais de ômega 3 e 5% a 8% das calorias totais de ômega 6; a quantidade de gordura monoinsaturada deve ser calculada a partir da diferença do total de gordura menos as gorduras saturadas, polinsaturadas e trans – devendo ficar em torno de 20%. Menos de 1% das calorias totais de gordura deve ser de origem trans, e a recomendação de ingestão de colesterol é de menos de 300 mg por dia (OMS, 2004).

Recomendação prática:

- Para alcançar estes parâmetros de consumo de ômega 3 e 6 devem ser estimulados alimentos fontes como peixes (sardinha, cavala, arenque cozidos ou assados), frutas oleaginosas como nozes, castanhas, amêndoas; sementes como de linhaça, papoula e girassol; soja e óleo de soja; abacate e azeite.

4.4.6.2 Gordura trans

É uma gordura formada por meio de processo de hidrogenação natural (na gordura de animais ruminantes) ou industrial. A gordura vegetal hidrogenada é um tipo específico de gordura trans produzida pela indústria. O processo de hidrogenação industrial que transforma óleos vegetais líquidos em gordura sólida à temperatura ambiente é utilizado para melhorar a consistência dos alimentos e o tempo de “prateleira” de alguns produtos.

Estas gorduras estão presentes na maioria dos alimentos industrializados, em concentrações variáveis. A gordura trans (hidrogenada) é prejudicial à saúde, podendo contribuir para o desenvolvimento de algumas doenças crônicas como dislipidemias. De acordo com a OMS a quantidade de gordura trans ingerida não deve ser maior do que 2 gramas/dia (OMS, 2004).

A informação nutricional é essencial para que os consumidores possam, por meio de comparações, escolher melhor os produtos para balancear suas dietas. Ao consultar o rótulo de um alimento, na tabela de informação nutricional, o consumidor pode optar por gorduras mais saudáveis (mono e polinsaturadas) e reduzir o consumo de gorduras saturadas e trans.

- Os óleos em geral, como óleo de oliva (azeite de oliva), e outros como soja, canola, girassol, algodão e milho, são fontes de gordura insaturada e, como qualquer alimento de origem vegetal, não contêm colesterol, podendo ser usados para cozinhar. Em relação à

quantidade de óleo no ambiente doméstico, recomenda-se o uso de uma lata ou frasco de 900 ml ao mês para uma família de quatro pessoas.

- Exceções dentro do grupo dos óleos vegetais são os óleos de coco e de palma, que possuem gordura saturada em sua composição. Para o uso cotidiano, deve ser evitado o óleo de coco. Estudos comprovam que o óleo de palma (azeite de dendê) e seus subprodutos, além de serem fontes de vitamina A, já tiveram seu consumo associado a melhoras do perfil lipídico, com diminuição e/ou produção de níveis normais de colesterol total e elevação dos níveis de HDL – colesterol (KESTELOOT et al., 1989; NG et al., 1991).
- A forma de utilização da gordura em preparações interfere no valor calórico total diário. Assim, deve-se estimular o uso de preparações, como saladas, refogados, ensopados, cozidos, assados, grelhados, com a utilização moderada de óleo ou azeite.
- Frituras em geral devem ser evitadas.
- Deve-se ter cuidado com as preparações ou salgadinhos disponíveis no comércio, pois em muitos casos há reutilização do óleo, tornando-o gordura saturada. Os salgadinhos industrializados utilizam gordura vegetal em grandes quantidades. Seu consumo também deve ser evitado.
- Uma boa alternativa é o uso de azeite, principalmente como tempero, em saladas, em molhos ou em emulsões, pois quando aquecido em alta temperatura, perde suas características sensoriais e físicas, benéficas à saúde. O azeite de oliva pode ser classificado como virgem (obtido do fruto da oliva por processos mecânicos), refinado (obtido a partir do refino do azeite de oliva virgem) e azeite de oliva (mistura de azeite de oliva refinado como azeite virgem) (PHILIPPI, 2003). O azeite é rico em gorduras monoinsaturadas que contribuem para a diminuição do colesterol fração – LDL e manutenção dos níveis do colesterol fração – HDL, ajudando assim a manter o equilíbrio entre estas duas frações.

Quadro 15 – Tipos de ácidos graxos alimentares

Tipo de ácido graxo	Principais fontes	Efeito sobre as lipoproteínas
Monoinsaturadas Ômega 9	Azeitona e azeite de oliva, óleo de canola, amendoim, castanha-de-caju, amêndoas, nozes, abacate	Reduzem o LDL-c e elevam o HDL-c
Poli-insaturados Ômega 3	Óleos de peixe, salmão, truta, cavala, sardinha, arenque	Reduzem o LDL-c e TG e elevam o HDL-c
Poli-insaturados Ômega 6	Óleos vegetais de milho, soja, açafraão, semente de girassol	Reduzem o LDL-c e elevam o HDL-c
Saturados	Leite integral, manteiga, queijo amarelo, sorvete, carne vermelha, leite de coco, óleo de coco e palma	Elevam o LDL-c
Trans	A maioria das margarinas com 80% de lipídeos, gorduras vegetais hidrogenadas, biscoitos, bolos, torta, batata frita e pães industrializados	Elevam o LDL-c e reduzem o HDL-c

Fonte: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição, 2011.

4.4.6.3 Açúcar

4.4.6.3.1 Açúcar simples

O açúcar simples também é fonte de carboidratos. Recomenda-se uma ingestão inferior a 10% do valor energético total (VET), pois é um alimento que possui alta densidade energética e é rapidamente digerido no estômago. Deve-se desestimular sua utilização como adição em preparações e orientar o consumo moderado de doces em geral, biscoitos, coberturas de bolos e em bebidas açucaradas (refrigerantes, refrescos artificiais).

A Organização Mundial da Saúde considera comprovado o efeito prejudicial da ingestão elevada do açúcar na dieta, com o aumento da densidade energética e consequente balanço energético positivo, redução dos mecanismos de controle do apetite, especialmente no caso de bebidas, e o desenvolvimento de cáries dentárias (OMS, 2004).

Sucos e néctares de frutas adicionados de açúcar merecem atenção especial no manejo do controle do peso, pois as calorias presentes nos alimentos líquidos são menos reconhecidas do que as presentes em alimentos sólidos, contribuindo, portanto, para um maior consumo (MRDJENOVIC; LEVITSKY, 2003).

A questão é ainda mais problemática na infância: é comprovado que, em crianças, o elevado consumo de bebidas adicionadas de açúcar provoca o deslocamento do consumo de outros alimentos, com repercussão importante na qualidade da dieta. Uma ingestão excessiva de açúcar é associada ao reduzido consumo de cálcio, das vitaminas A e E, de frutas e hortaliças, grãos, leites e iogurtes (KRANZ et al., 2005; O'CONNOR; YANG; NICKLAS, 2006; WANG; BLEICH; GORTMAKER, 2008).

4.4.6.4 Sal

Além do sódio encontrado normalmente nos alimentos *in natura*, ingerimos este nutriente diariamente no sal (cloreto de sódio–NaCl), que é acrescentado às preparações, e também nos alimentos industrializados, nos quais são acrescentados derivados de sódio para conservação¹. O consumo de sódio de todas as fontes deve ser limitado de maneira a contribuir no controle da pressão arterial e reduzir o risco de doenças coronarianas e acidente vascular encefálico.

Na busca de alternativas para enfrentar a falta de tempo, as famílias muitas vezes acabam optando por refeições prontas ou semiprontas, alimentos esses de preparo rápido e fácil, mas que são industrializados e altamente processados. O consumo excessivo desses alimentos é um dos motivos pelos quais o consumo diário de sódio é elevado no Brasil hoje – 3.300 mg de sódio por habitante, o que é quase o dobro da quantidade máxima recomendada para adultos, de 2.000 mg/dia. Essa quantidade equivale a mais de 8 g de cloreto de sódio (NaCl) por dia (IBGE, 2010).

¹ Bicarbonato de sódio (agente fermentante, regulador da acidez); carbonato de sódio (neutralizante), caseinato de sódio (texturizante), hexa-metafosfato de sódio (emulsificante, sequestrante, texturizante), hidróxido de sódio (é um agente que dá brilho e retira a casca, neutralização) pectinato de sódio (estabilizador, espessador), glutamato monossódico (aromatização), stearyl-2-lactilato de sódio (emulsificador, confere plasticidade).

Hoje, obrigatoriamente, todos os alimentos industrializados devem apresentar rótulo nutricional. Os consumidores têm direito a receber a informação exata, padronizada e compreensível sobre o conteúdo dos produtos alimentícios que lhes permita adotar decisões saudáveis (NAÇÕES UNIDAS, 2005). O sódio deve estar descrito nos rótulos dos alimentos industrializados. O profissional de Saúde deve orientar o usuário a entender os rótulos, observando o prazo de validade e a integridade das embalagens, os ingredientes e a composição nutricional, bem como estimulá-los ao hábito de leitura dos mesmos. A especificação por porção facilita o entendimento da composição em relação às calorias, aos nutrientes e a alguns micronutrientes, como o sódio. Cabe ressaltar que existe no rótulo a informação sobre o valor diário de referência (VDR), que expressa a quantidade de nutriente no alimento em relação à recomendação para a população brasileira.

Recomendação prática:

- Os profissionais devem orientar o uso moderado do sal, evitando-se o uso de saleiro à mesa de refeições, dando preferência ao uso de temperos naturais, como tomate, cebola, alho, louro, limão, vinagre, cheiro-verde, ervas, em vez de temperos condimentados, picantes e industrializados.

4.4.7 Diretriz 7 – Água

A água possui papel importante na redução da energia ingerida e, por consequência, na prevenção da obesidade (DANIELS; POPKIN, 2010).

Tão importante quanto os nutrientes, a água desempenha papel fundamental para a saúde. O corpo libera água e necessita de sua reposição e a sede é sinal de sua necessidade. A água apresenta funções plástica, condutora, termorreguladora, solvente, protetora e excretora em nosso organismo. Está presente em todas as células do nosso corpo, sendo que 60% a 75% do corpo humano são compostos por água.

A água funciona como meio de transporte ao conduzir todas as substâncias que circulam pelo sangue; mantém a temperatura ideal do corpo humano por meio da sua retenção ou eliminação, pelo suor e pela urina; por diferentes mecanismos, tem uma função protetora de partes do organismo, como o olho e as articulações; dissolve os alimentos, participando da digestão. Destaca-se que, para esta função, a água deve ser ingerida nos intervalos e não durante as refeições, pois dificulta o processo digestivo uma vez que pode diluir o suco gástrico.

A água facilita também a excreção do que não foi aproveitado pelo organismo, dissolvendo as substâncias a serem eliminadas pelo suor, respiração, urina e fezes. Além disso, seu consumo evita a constipação intestinal. Além da água, deve-se estimular a ingestão de outros líquidos, como sucos de frutas, água de coco, assim como desestimular o consumo de refrigerantes, água gaseificada, sucos industrializados e bebidas alcoólicas. Ao contrário do que se imagina, o álcool

contido no chope, na cerveja e em outras bebidas pode desidratar e interferir nas demais funções descritas anteriormente.

Recomendações práticas:

- A ingestão de água deve ser estimulada, recomendando-se o consumo de dois a três litros por dia. De preferência, nos intervalos das refeições.
- Orientar que a água deve ser a bebida preferencial, inclusive se for consumir líquidos com as refeições. Muitas crianças e adultos não têm o hábito de consumir água com frequência substituindo-a por sucos e refrigerantes.

Mais informações sobre orientação alimentar podem ser conhecidas no *Guia Alimentar para a População Brasileira*, disponível em <www.dab.saude.gov.br/portaldab/index2.php>.

O dez passos, listados a seguir, são uma forma simples de orientar a população sobre uma alimentação saudável.

Dez Passos da Alimentação Saudável:

Passo 1 – Faça, pelo menos, três refeições (café da manhã, almoço e jantar) e dois lanches saudáveis por dia. Não pule as refeições.

Passo 2 – Inclua diariamente seis porções do grupo de cereais (arroz, milho, trigo, pães e massas), tubérculos (como as batatas) e raízes (como a mandioca/macaxeira/aipim) nas refeições. Dê preferência aos grãos integrais e aos alimentos naturais.

Passo 3 – Coma diariamente, pelo menos, três porções de legumes e verduras como parte das refeições e três porções ou mais de frutas nas sobremesas e lanches.

Passo 4 – Coma feijão com arroz todos os dias ou, pelo menos, cinco vezes por semana. Esse prato brasileiro é uma combinação completa de proteínas e bom para a saúde.

Passo 5 – Consuma diariamente três porções de leite e derivados e uma porção de carnes, aves, peixes ou ovos. Retirar a gordura aparente das carnes e a pele das aves antes da preparação torna esses alimentos mais saudáveis.

Passo 6 – Consuma, no máximo, uma porção por dia de óleos vegetais, azeite, manteiga ou margarina. Fique atento aos rótulos dos alimentos e escolha aqueles com menores quantidades de gorduras trans.

Passo 7 – Evite refrigerantes e sucos industrializados, bolos, biscoitos doces e recheados, sobremesas doces e outras guloseimas como regra da alimentação.

Passo 8 – Diminua a quantidade de sal na comida e retire o saleiro da mesa. Evite consumir alimentos industrializados com muito sal (sódio), como hambúrguer, charque, salsicha, linguiça, presunto, salgadinhos, conservas de vegetais, sopas, molhos e temperos prontos.

Passo 9 – Beba, pelo menos, dois litros (seis a oito copos) de água por dia. Dê preferência ao consumo de água nos intervalos das refeições.

Passo 10 – Torne sua vida mais saudável. Pratique, pelo menos, 30 minutos de atividade física todos os dias e evite as bebidas alcoólicas e o fumo. Mantenha o peso dentro de limites saudáveis.

Destaca-se que, para a promoção da alimentação saudável, cabe também aos profissionais orientar sobre as escolhas dos alimentos consumidos no dia a dia, as compras (qualidade, integridade, tamanho de porções), a higienização (cuidados com a higiene pessoal, com ambiente, equipamentos e utensílios na manipulação de alimentos) e o armazenamento dos alimentos disponíveis na geladeira e na dispensa.

4.5 Alimentos *diet* e *light*

Deve-se estar atento aos produtos com denominações *diet*, *light*, *low*, *free*, que há algum tempo se avolumaram nas prateleiras dos supermercados. Estes alimentos também fornecem calorias e não podem ser consumidos de forma indiscriminada. O consumidor, entretanto, não está suficientemente esclarecido sobre o significado desses termos e sente-se pouco seguro em utilizar tais alimentos ou os utiliza de forma inadequada, devido à falta de compreensão das declarações de rotulagem. Nem todos os produtos *diet* e *light*, ao contrário do que se pensa, possuem redução calórica.

Quadro 16 – Definição dos termos *diet* e *light*

<i>Diet</i>	<i>Light</i>
Refere-se ao produto que apresenta restrição de algum tipo de nutriente, principalmente de açúcar, mas também pode ser isento de gorduras, proteínas, sódio e outros. Inicialmente, esses produtos foram desenvolvidos “sem açúcar” para os diabéticos, mas, com o tempo, os alimentos foram se diversificando e passaram a atender a uma série de outras necessidades de saúde e de estética.	O termo <i>light</i> só pode ser usado para designar alimentos que apresentem redução calórica ou de outros componentes de, pelo menos, 25% em relação ao produto original. Para que isso seja feito, há uma redução na quantidade de algum nutriente, como carboidratos, gorduras, proteínas ou sódio.
Atenção: Tanto os produtos <i>diet</i> quanto os <i>light</i> podem apresentar um valor calórico significativo. Em alguns casos, um produto <i>diet</i> pode ser até mais calórico do que o não <i>diet</i> . Um bom exemplo é o chocolate <i>diet</i> , em cujo processo de produção é retirado o açúcar e aumentada a quantidade de gordura.	

Fonte: *Guia Alimentar para a População Brasileira*.

4.6 Edulcorantes

96

O termo “edulcorantes” é empregado para designar substâncias que apresentam ação adoçante, podendo ser de caráter natural ou artificial, e com o poder adoçante muito superior ao da sacarose. Pode ser indicado para pessoas com excesso de peso e para aqueles que necessitam controlar o ganho de peso, porém é necessário ter cuidado para não exagerar no consumo e não extrapolar na quantidade diária máxima permitida.

O uso em excesso pode trazer prejuízo à saúde. O largo consumo de edulcorantes artificiais e naturais nas diferentes fases do curso de vida tem provocado controvérsia, principalmente o uso em gestantes e crianças. Este tema merece atenção dos profissionais de Saúde, devido à falta de dados sobre o uso seguro como produto de consumo regular (ACCIOLY; SAUNDERS; LACERDA, 2002).

Referências

- ACCIOLY, E.; SAUNDERS, C.; LACERDA, E. M. A. **Nutrição em obstetrícia e pediatria**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- CHANG, C. T. Applicability of the stages of change and Weight Efficacy Lifestyle Questionnaire with natives of Sarawak, Malaysia. **Rural and Remote Health**, [S.l.], v. 7, n. 864, p. 1-12, 2007.
- CULLEN, K. W.; BARANOWSKI, T.; SMITH, S. P. using goal setting as a strategy for dietary behaviour change. **Journal American Dietetic Association**, [S.l.], v. 101, p. 562-566, 2001.
- CUPPARI, L. **Guia de nutrição: nutrição clínica no adulto**. Barueri: Manole, 2002. p. 131-150.
- DANIELS, M. C.; POPKIN, B. M. Impact of water intake on energy intake and weight status: a systematic review. **Nutr. Rev.**, [S.l.], v. 68, n. 9, p. 505-521, Sept. 2010.
- DE NOOIJER, J. et al. How stable are stages of change for nutrition behaviors in the Netherlands? **Health Promot Internation**, [S.l.], v. 20, n. 1, p. 27-32, 2005.
- HAWKINS, D. S.; HORNSBY, P. P.; SCHORLING, J. B. Stages of Change and Weight Loss Among Rural African American Women. **Obesity Research**, Silver Spring, v. 9, n. 1, p. 59-67, 2001.
- IBGE. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: aquisição domiciliar per capita**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE ORIENTAÇÃO ALIMENTAR. **Promoção do consumo de frutas, legumes e verduras: o programa "5 ao Dia"**. Disponível em: <www.5aodia.com.br>. Acesso em: ago. 2005.
- KESTELOOT, H. et al. Serum lipid and apolipoprotein levels in a Nigerian population sample. **Atherosclerosis**, [S.l.], v. 78, p. 33-38, 1989.
- KRANZ, S. et al. Adverse effects of high added sugar consumption on dietary intake in American preschoolers. **J. Pediatr.**, [S.l.], v. 146, p. 105-111, 2005.
- MRDJENOVIC, G.; LEVITSKY, D. A. Nutrition and energetic consequences of sweetened drink consumption in 6- to 13- year old children. **J. Pediatr.**, [S.l.], v. 142, p. 604-610, 2003.
- NAÇÕES UNIDAS. **Documentos da Organização das Nações Unidas para a promoção da alimentação saudável**. Brasília, 2005.
- NG, T. K. W. et al. Nonhypercholesterolemic effects of a palm - oil in Malaysian volunteers. **Am. J. Clin. Nutri.**, [S.l.], v. 53, n. 4, p. 1015S-1021S, 1991.
- O'CONNOR, T. M.; YANG, S.; NICKLAS, T. A. Beverage intake among preschool children and its effect on weight status. **Pediatrics**, [S.l.], v. 118, n. 4, p. 1010-1018, oct. 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Dieta, nutrição e prevenção de doenças crônicas**. Joint OMS/ FAO Expert Consultation. Geneva: OMS, 2003. (WHO Technical Reports Series, n. 916).

_____. **WHO Global strategy on diet, physical activity and health**. Geneva, 2004.

PHILIPPI, S. T. **Nutrição e técnica e dietética**. Barueri: Manole, 2003. 390 p.

PROCHASKA, J. O.; VELICER, W. F. The Transtheoretical Model of Health Behavior Change. **Am. J. Health Promotion.**, [S.l.], v. 12, n. 1, p. 38-48, Sept./Oct. 1997.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria Municipal de Saúde. **Projeto com Gosto da Saúde**: cartilha distúrbios nutricionais. Rio de Janeiro, 2005.

SHILTS, M. K.; HOROWITZ, M.; TOWNSEND, M. S. Goal setting as a strategy for dietary and physical activity behavior change: a review of literature. **American Journal of Health Promotion**, [S.l.], v. 19, n. 2, p. 81-93, 2004.

TORAL, N.; SLATER, B. Perception of eating practices and stages of change among Brazilian adolescents. **Prev. Med.**, [S.l.], v. 48, n. 3, p. 279-83, 2009.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular como instrumento de reorientação das estratégias de controle das doenças infecciosas e parasitárias. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 39-57, 1998. Suplemento 2.

WANG, Y. C.; BLEICH, S. N.; GORTMAKER, S. L. Increasing caloric contribution from sugar-sweetened beverages and 100% fruit juices among US children and adolescents, 1988-2004. **Pediatrics**, [S.l.], v. 121, n. 6, p. 1604-1614, 2008.

Abordagem cognitivo-comportamental

5

5.1 Classificando o pensamento disfuncional

Existem padrões de distorção e técnicas para a sua reestruturação. Elas estão fundamentadas no empirismo colaborativo: "princípio fundamental da terapia cognitiva em que o terapeuta e o paciente juntos examinam o pensamento automático, testam sua validade e/ou utilidade e desenvolvem uma resposta mais adaptativa" (BECK, 1997) permitindo ao paciente verificar se há razões lógicas para o pensamento automático que gerou o comportamento-problema. Abaixo, alguns padrões de pensamento disfuncional presente no paciente obeso:

- **Hipergeneralização:** inferir uma regra com base em um único fato e aplicá-la a outras situações não semelhantes. Ex.: "Massa engorda. Não adianta colocar na minha dieta, não acredito que haja uma quantidade adequada".
- **Magnificação:** superestimação da importância de fatos indesejáveis resultantes. Os estímulos são acrescidos de significados que não são confirmados por uma análise objetiva. Ex.: "A praia toda vai notar esses 600 g a mais".
- **Raciocínio Dicotômico (ou tudo ou nada):** pensar em termos extremos e absolutos. Os eventos só podem ser pretos ou brancos, certos ou errados, bons ou maus. É, certamente, a distorção mais comum nos obesos e nas pessoas com transtornos alimentares. Ex.: "Não fui à festa pra não estragar a minha dieta"; "Comi a sobremesa. Depois devorei tudo que encontrei pela frente, o dia estava perdido mesmo, amanhã eu recomeço certinho".
- **Pensamento Irrracional:** acreditar em uma relação de causa e efeito de fatos que carecem de lógica. Ex.: "Tudo que eu como vira gordura. Engordo com o ar".

5.2 Identificando desencadeantes e modificando o pensamento disfuncional

Entre as técnicas cognitivo-comportamentais, destaca-se, na questão do comportamento alimentar, a técnica de autorregistro. Ela consiste em um relatório sobre as observações da pessoa acerca de um determinado comportamento seu. Fornece informações diretas, mas também permite a análise de informações subjetivas (KNAPP, 2004). No manejo nutricional, por exemplo, assume a forma de "Boletim de Ingestão Diária" e tem como propósito localizar os fatores desencadeantes da compulsão contidos na proposta dietoterápica ou relacionados, diretamente, com ela. Nesse momento do tratamento, é mais fácil perceber a complexidade do comportamento alimentar em comparação ao uso de drogas, por exemplo. No caso do drogadicto, existe a retirada total do objeto de adição, que é conhecido, identificável e proibido.

Em relação ao alimento, é preciso descobrir qual(is) exerce(m) esse papel. Sabe-se que há características específicas de consistência e temperatura que favorecem o excesso de ingestão, além de considerar o contexto em que acontece o consumo. Um mesmo alimento pode ser

desencadeante de compulsão em um momento e, em outro, não oferecer risco. A técnica de autorregistro servirá para identificar os alimentos e o contexto em que ele se torna um facilitador do comer compulsivo. Essas informações serão de grande utilidade para o profissional que as utilizará como advertências na hora de elaborar o plano alimentar, evitando aquilo que puder impedir o seu êxito.

5.3 Abordagem familiar

A alimentação é uma das mais tradicionais atividades familiares. Em geral, os elementos que compõem o padrão alimentar (tipos de alimentos ingeridos, horários) são compartilhados pelos membros da família (MCDANIEL et al., 2005). Os comportamentos alimentares e a obesidade podem ter um significado importante para as famílias. Muitas vezes, os pais utilizam a comida como recompensa ou punição para seus filhos. O estímulo dos pais para a criança comer pode se correlacionar à obesidade na infância.

Além disso, as intervenções individuais para modificar a alimentação costumam influenciar a nutrição de outros membros da família. No tratamento da obesidade, o apoio do cônjuge está associado ao sucesso da perda de peso (WATSON; MORRIS; SELBY, 2004). É importante que o profissional de Saúde esteja ciente das influências familiares, tanto positivas quanto negativas, e que utilize os parentes como um recurso de apoio para as mudanças.

Em casos de obesidade, a influência familiar é notável e comumente afeta mais de um membro da família. Quando a dificuldade de lidar com a obesidade inclui a família e quando esse envolvimento leva a mais dificuldades, é fundamental chamar os familiares para a consulta e utilizar-se dessa lente. No entanto, é possível ter uma visão mais ampla do contexto mesmo com apenas uma pessoa no consultório (ASEN et al., 2012).

Na abordagem da obesidade, ferramentas como o genograma podem demonstrar:

- Quem mais é obeso na família.
- Quais os tipos de relações dos diferentes familiares com os indivíduos obesos.
- Se o excesso de peso está associado à depressão ou à outra doença.
- Se existe algum padrão, tanto no aparecimento da obesidade quanto na forma de relacionar-se com quem tem obesidade, que se repete por gerações.

Outra forma de avaliar o funcionamento da família pode ser recordada por meio do PRACTICE, que aborda as seguintes dimensões: exploração do Problema, dos papéis (Rules), do Afeto, da Comunicação, do Tempo no ciclo de vida, da história do adoecimento (*Illness history*), da Comunidade e do ambiente (Environment) que envolvem a família. O Quadro 17 explicita esses aspectos e sugere ações para abordar a obesidade no contexto familiar, enquanto o Quadro 18 ilustra exemplos de papéis adotados pelos familiares da pessoa com obesidade.

Quadro 17 – As dimensões do PRACTICE

Dimensão e breve explicação	Ações para abordagem
Problema: Reconhecer o problema a ser enfrentado, seus significados e efeitos para a família.	Escutar o que a família diz sobre a obesidade. Qual o significado da obesidade para os membros da família (culpa? vergonha)? Quais os efeitos da obesidade na família (como lidam com determinadas situações, mudanças no cardápio)?
Papéis: Identificar as diferentes funções dos membros da família, do problema e do profissional de saúde.	O que a pessoa com obesidade faz de diferente na família por causa de sua condição? Como cada membro da família pode agir para enfrentar a obesidade? Ver Quadro 18. O que a família espera do profissional de Saúde?
Afeto: Como a família se relaciona afetivamente entre si e com o profissional de Saúde.	Mostrar empatia. Autorizar a expressão de sentimentos. Como é o envolvimento afetivo entre a pessoa com obesidade e os demais membros?
Comunicação: Forma de se comunicar entre os membros da família e com o profissional de saúde	Facilitar comunicação aberta. Não deixar assuntos inacabados. Desafiar alianças veladas.
Tempo no ciclo de vida: Qual a fase do ciclo de vida por que passa a família e como a obesidade afeta a transição.	Identificar a fase do ciclo de vida familiar. Discutir a transição no ambiente familiar.
História do adoecimento: Como a família vê a obesidade (medos, crenças, padrão entre gerações).	Abordar medos e crenças. Abordar repetições de padrão.
Comunidade e seus recursos	Existem espaços na comunidade que facilitam o enfrentamento da obesidade (locais para atividade física, grupos de controle do peso)? Como a família vê esses recursos?
Ambiente	As combinações para a redução de peso são dificultadas pelo ambiente externo (escola, trabalho)?

Fonte: Adaptado de ASEN et al., 2012.

Quadro 18 – Papéis comumente adotados por familiares de pessoas com obesidade

Papel	Exemplos
Sabotador	A esposa que não muda sua forma de cozinhar. A avó que segue dando guloseimas para a criança.
Crítico	O marido que zomba da esposa quando ela vai ao grupo de perda de peso.
Motivador	Familiar que apoia e colabora com as mudanças para a perda de peso.

Fonte: WATSON; MORRIS; SELBY, 2004.

Depois de reconhecer diversas informações sobre a família, a forma como seus membros se relacionam e lidam com a obesidade, o profissional de Saúde pode se ver tentado a prescrever comportamentos aos diferentes membros. Muitas vezes, a intervenção já ocorreu, e consistiu na

própria avaliação o simples ato de refletir sobre o seu funcionamento pode provocar mudanças na dinâmica familiar (ASEN et al., 2012). Em outras ocasiões, é conveniente que a família estabeleça um plano após a discussão entre os seus membros. Nesses casos, cabe ao profissional de Saúde contribuir com informações técnicas quando necessário, aconselhar e mediar combinações (DIAS, 2012), com definição clara de papéis. O retorno pode ser agendado de forma individual, ou um novo encontro com a família pode ser marcado, conforme a necessidade de revisar o que foi combinado.

Para conhecer mais sobre abordagem familiar, consultar o capítulo Ferramentas de Abordagem de Família no *Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade* (FERNANDES; DIAS, 2006).

5.4 O trabalho com grupos: uma estratégia para a construção coletiva do conhecimento

5.4.1 Composição dos grupos

Do ponto de vista dos usuários, a composição do grupo deve buscar alguma homogeneidade no que diz respeito à situação de vida pela qual os participantes estejam passando, mesmas necessidades e interesses. Assim, os sentimentos, as ansiedades, os medos e as fantasias podem ser expostos de forma que os participantes, ao compartilharem vivências semelhantes, não se sintam isolados e se identifiquem com outras pessoas que também estão passando pelas mesmas situações (MALDONADO, 1982; ROTENBERG; MARCOLAN, 2002). Sendo os grupos diferenciados em relação ao gênero, à faixa etária, às necessidades biológicas e sociais, os objetivos, os recursos e as dinâmicas utilizadas deverão ser adaptados ao perfil de cada um deles. O resultado da avaliação dos estágios de mudanças de comportamento também podem ser utilizados como critério para a elaboração dos grupos.

As práticas educativas em saúde e nutrição devem ter como eixos centrais a promoção de saúde, compreendida como promoção da qualidade de vida e da cidadania, e o incentivo à adoção de padrões alimentares sustentáveis e que preservem a saúde, a cultura, o prazer de comer, a vida, os recursos naturais e a dignidade humana (BOOG, 2004). Nesta perspectiva, alguns exemplos de temas que podem ser abordados são o direito humano à alimentação; a segurança alimentar; o incentivo à alimentação saudável ao longo do curso da vida; o incentivo, apoio e proteção da amamentação; orientações dietéticas para indivíduos e grupos com diversos agravos nutricionais; nutrição e atividade física; nutrição e trabalho, meio ambiente, violência, relações de gênero, sexualidade e saúde reprodutiva; entre outros.

5.4.2 Atividades educativas sobre alimentação saudável

Os profissionais de Saúde devem buscar desenvolver trabalhos educativos que possibilitem o resgate da autoestima, a visão crítica sobre a alimentação, sobre a mídia, a propaganda de alimentos, o incentivo ao movimento, a brincadeira e a inclusão social. A seguir, serão descritas algumas atividades que podem ser desenvolvidas com os usuários.

- Propor ao grupo uma discussão sobre comportamento alimentar baseada na música *Comida* do grupo Titãs. A discussão pode ser motivada com perguntas como “você tem fome de quê?”; “você come para quê?”; “você come o quê?”.
- Formar grupos para problematizar cenas do cotidiano sobre alimentação na vida moderna (comer com pressa, comer vendo televisão, comer sozinho, substituir refeição por lanche).
- Estimular a influência dos sentidos na alimentação. De olhos vendados, a pessoa deve ser estimulada pelo olfato, gosto e tato, ao tentar descobrir o alimento. Deve-se utilizar principalmente frutas, legumes e verduras, pouco utilizados na alimentação diária.
- Incentivar os trabalhos manuais. Dispor de material de sucata: caixas, tampas, cola, barbante, grãos, palha, papel, lápis preto, lápis de cor, papel colorido, retalhos de tecido etc., para o desenvolvimento de atividades criativas como corte e colagem, confecção de desenhos, bonecos, presentes etc.
- Incentivar e organizar passeios culturais a museus, a parques, ao teatro, como forma de inclusão social.
- Incentivar caminhadas e passeios recreativos, buscando o movimento, resgatando o prazer, a alegria e a brincadeira.
- Debater com os usuários sobre a “comida com gosto de infância”: o que comiam, quem fazia a comida, como fazia, em que ocasiões fazia. Registrar e discutir com o grupo as mudanças nos hábitos alimentares e na forma de preparação dos alimentos ao longo do tempo.
- Pesquisar, no próprio grupo, os participantes que vieram de outras regiões brasileiras ou que tenham parentes em tal situação. Incentivar o relato de experiências e o conhecimento de outros hábitos alimentares, gêneros e pratos típicos.
- Pesquisar os alimentos da safra, como é possível se alimentar de forma saudável, com menor custo, em cada época do ano.
- Promover festivais ou concursos entre os participantes do grupo. Como exemplo pode ser realizado festival com alguns temas como “sucos de frutas”, “saladas” ou “sobremesas à base de frutas”. Todos podem degustar as preparações e comentar sobre a experiência.
- Realizar o “Dia da Gostosura”. Cada um deve trazer um alimento que nunca comeu. Os alimentos devem ser expostos de modo atraente e os participantes devem ser estimulados

a provar alguns deles. Discutir com o grupo sobre a possibilidade de incluir novos alimentos em seus hábitos.

- Organizar com recortes de revistas ou desenhos ou montagens feitas pelos usuários sobre sua própria aparência a partir das perguntas “como sou?” e “como gostaria de ser?”. Discutir os padrões de beleza criados pela sociedade.
- Simular programas de televisão que abordem questões polêmicas com debates interativos (obesidade e magreza; beleza estética; saúde e nutrição, entre outros).
- Organizar festas com brincadeiras; brincar de amarelinha com os participantes, de dança da cadeira, quadrilhas, cirandas e de outras brincadeiras que o grupo sugerir.
- Com a consigna “Vamos às compras?”, disponibilizar gravuras de alimentos saudáveis, e não saudáveis que os participantes poderão escolher e colar em um carrinho de supermercado desenhado em cartolina. Debater sobre o que comprar, o tamanho das porções e os motivos das escolhas.
- Organizar oficinas culinárias com degustação e disponibilização de receitas saudáveis de acordo com a disponibilidade e recursos locais. Pode-se estimular também a troca de receitas saudáveis entre os membros do grupo.
- Organizar visitas a locais de compras de alimentos como supermercados, vendas, feiras etc. Um primeiro passo é realizar um mapeamento das possibilidades de locais a serem visitados. Durante a visita, atividades como discussões sobre os alimentos da época ou leitura de rótulos para análise da composição dos alimentos podem ser realizadas.

5.5 Recomendações importantes para o cuidado integral

A apropriação do corpo e do autocuidado

O usuário chega ao serviço muitas vezes sem a procura espontânea, não tendo o que dizer sobre si mesmo, não se percebendo, não se reconhecendo obeso e como se aquilo não lhe dissesse respeito (GELBERT, 2005). O trabalho com este usuário é conseguir que ele se aproprie do próprio corpo, do que se passa com ele e de sua própria vontade.

O sentimento de estarem sem saída pesa sobre os obesos, literalmente falando, como uma herança destinada, um estigma que pode desencorajar ou impedir o acesso ao trabalho, ao lazer e a outros prazeres. O caminho para romper com o funcionamento passivo é o processo de autoconhecimento e autodesenvolvimento, a busca por uma forma social que lhes permita se comportar como sujeitos, mais do que como vítimas passivas (FELIPPE, 2003).

Para tanto, é preciso fazer um trabalho preliminar com este usuário. O trabalho em grupo pode ser um bom espaço de troca e discussão, permitindo a este usuário se identificar com experiências e sentimentos vivenciados pelos demais participantes.

5.6 Práticas alimentares e o resgate da culinária para saúde e prazer no cotidiano da população

A alimentação envolve um conjunto de valores e significados, que são de ordem cultural, psicológica, social e simbólica. A relação entre comida e prazer é muito próxima. As pessoas não comem somente nutrientes, elas comem afetos, prazeres, saúde, ansiedades, doces lembranças do passado.

Compreende-se, ainda, que em torno da comida são transmitidos os valores, são rememoradas nossas raízes, reforçadas as relações afetivas, podendo ter vários significados como comida da lembrança, do trabalho, da sobrevivência.

Atos inerentes ao cuidar e técnicas que, culturalmente, eram passadas de geração a geração estão se perdendo. A ampliação da participação das mulheres no mercado de trabalho tem reduzido o tempo empregado nas tarefas domésticas, entre elas o preparo de alimentos, o que, em alguns casos, leva ao consumo de refeições com alimentos menos variados, pré-processados e/ou prontos, por parte de toda a família.

A urgência e a “falta de tempo” têm guiado os ritmos coletivos, fazendo do ato de comer uma ação apressada, angustiada, e, em alguns casos, pouco desfrutada (FELIPPE, 2003). A adesão indiscriminada a produtos industrializados compromete a qualidade nutricional da alimentação e a sua sustentabilidade. Com isso, práticas alimentares tradicionais cedem lugar a produtos industrializados, frequentemente menos saudáveis, mais ricos em gordura e produtores de lixo. (MENDONÇA, 2005; BOOG, 2004).

Mulheres e homens, meninas e meninos, portanto, devem se familiarizar com habilidades culinárias mínimas que lhes permitam gozar de autonomia para prover o autocuidado em relação à alimentação, assim como desenvolver o senso crítico em relação ao consumismo e aos apelos mercadológicos, evitar o desperdício, resgatar os estímulos sensoriais da alimentação, explorando, por exemplo, a riqueza de aromas de ervas naturais.

O resgate da culinária facilita a adesão às orientações nutricionais, a manutenção de peso saudável e a incorporação no cotidiano dos conceitos de alimentação saudável. Modos de

preparo, ingredientes, condimentos e uma série de elementos típicos da culinária podem ser recuperados, pois a cultura alimentar não diz respeito apenas àquilo que tem raízes históricas, mas, principalmente, aos nossos hábitos cotidianos, que são compostos pelo que é tradicional e pelo que se constitui como novos hábitos (BOOG, 2004; BRAGA, 2004).

108

Diversas receitas e cardápios saudáveis podem ser elaborados em conjunto com a equipe de Saúde e usuários, atendendo à especificidade de cada fase do curso de vida (lactentes e pré-escolares, escolares, adolescentes, gestantes, nutrizes, mulheres, homens e idosos).

As estratégias para este trabalho devem ser adaptadas aos recursos existentes, podendo envolver desde a troca e discussão sobre receitas e modos de preparação, degustações de novas preparações, com estímulo à elaboração conjunta, até espaços para a realização de oficinas de culinária, oportunizando o contato com novos alimentos, com antigas e novas receitas.

A manutenção das práticas alimentares tradicionais e a gastronomia típica aproximam os seres humanos, inseridos os contextos de sua territorialidade e identidade cultural (AZEVEDO, 2004; BRAGA, 2004).

5.7 A busca por uma alimentação saudável

Para ter uma alimentação saudável não é preciso excluir “coisas gostosas”, mas é preciso saber equilibrar evitando os exageros e o consumo frequente de alimentos altamente calóricos. Além disso, deve-se desmistificar a ideia de que tudo que é gostoso engorda e é caro, apresentando alternativas, possibilitando que o usuário descubra o quanto uma alimentação rica em alimentos de baixa densidade calórica (frutas, legumes e verduras, leguminosas, cereais integrais, leite e derivados, carnes com pouca gordura) pode ser saborosa, e com o mesmo orçamento familiar (RIO DE JANEIRO, 2005).

Neste sentido, o profissional deve possibilitar que a alimentação respeite os hábitos alimentares, seja saudável, acessível, bonita e colorida. A apresentação, as variedades de formas, de cores, de cheiros, de sabores e de combinações são aspectos que colaboram para aceitação dos alimentos e preparações.

A orientação alimentar é ferramenta de grande utilidade tanto para promoção de hábitos alimentares saudáveis quanto para a prevenção e o controle do excesso de peso. Contudo, é importante que as orientações sejam pautadas na incorporação de uma alimentação saudável e culturalmente aceitável, no resgate e reforço das práticas desejáveis para a manutenção da saúde, em escolhas alimentares com os recursos econômicos disponíveis e alimentos produzidos localmente, levando em conta também a variação sazonal dos mesmos.

5.8 Valorização de ganhos na saúde e no bem-estar

O acompanhamento do excesso de peso com vistas à manutenção do peso saudável, com base na revisão de práticas de saúde e alimentares, como já foi dito, não é de retorno em curto prazo. Faz-se necessário entender que a perda de peso é gradativa.

O corpo necessita de um tempo para que se acostume com sua nova condição, pois perdas grandes e abruptas de peso geralmente não são sustentáveis e contribuem para a ocorrência do “efeito sanfona” (OMS, 1998).

Uma pequena redução de peso, como por exemplo, de um a dois quilogramas, em um mês ou dois meses, já traz ganhos importantes na saúde, e se a redução gradual for se dando ao longo de um tempo maior, uma redução em torno de 5 a 7% do peso inicial reduz a resistência insulínica, melhora o controle da glicemia e dos lipídeos séricos. Quanto à pressão arterial, a cada redução de 1% de peso, em média, há uma queda de 1 mmHg de pressão sistólica e 2 mmHg da diastólica. Deve-se estar atento também para a redução da circunferência abdominal como parâmetro para reduzir o risco cardiovascular (OMS, 1998; DUARTE et al., 2005).

A redução de peso possibilita também a diminuição dos problemas mais comuns, como dores na coluna, no quadril, nos joelhos e nas pernas, causados pela sobrecarga de peso sobre as articulações, melhorando a movimentação da pessoa e facilitando a sua prática de atividade física.

O usuário com excesso de peso deve ser estimulado a aceitar as diferenças individuais; cada corpo, cada metabolismo tem um ritmo próprio. Assim, a perda de peso, as mudanças na alimentação e no estilo de vida acontecem em tempos diferentes para cada pessoa, sendo de médio a longo prazos. Romper com a expectativa de resultados imediatos evita frustrações e recidivas.

No contato com o usuário, o profissional deve valorizar outros ganhos durante o processo de acompanhamento, como o seu bem-estar, a sua autoestima, o seu humor, a melhoria nos resultados dos exames laboratoriais, a melhoria no sono, na função intestinal, na pressão arterial, na qualidade de vida, ou seja, não se deve centrar a atenção somente nos dados antropométricos, ganho ou perda de peso.

O excesso de peso, em alguns casos, está associado à baixa autoestima, à insatisfação com o próprio corpo, à depressão e a distúrbios alimentares. Muitas vezes, o obeso é discriminado dentro do grupo social, que pode ser a própria família, a escola, os vizinhos e os amigos, o que leva a um isolamento cada vez maior e à busca por preencher seu sentimento de insatisfação por meio da comida. Assim, é necessário ter uma atitude positiva de combate aos preconceitos, pois a obesidade não é um problema de falta de caráter ou de relaxamento. É fundamental fomentar uma atitude incluyente (RIO DE JANEIRO, 2005).

No acompanhamento antropométrico, é importante observar a relação entre redução de peso e de gordura corporal, os quais, na maioria das vezes, são utilizados como sinônimos de forma errônea. É possível reduzir a gordura corporal sem diminuir o peso quando, por exemplo, ocorre ganho de massa muscular. O aumento de massa muscular pode ser superior ao peso de

gordura reduzido, levando ao aumento no peso corporal total. Assim, a ênfase no tratamento do excesso de peso deve ser na redução da gordura corporal, já que apenas a perda de gordura promoverá benefícios à saúde (FRANCISCHI et al., 2000).

Referências

- ASEN, E. et al. **10 minutos para a família**: intervenções sistêmicas em atenção primária à saúde. Porto Alegre: Artmed, 2012.
- AZEVEDO, E. Alimentação e modos de vida saudável. **Saúde em revista**: segurança alimentar e nutricional, São Paulo, v. 6, n. 13, p. 31-36, maio/ago. 2004.
- BECK, J. S. **Terapia cognitiva**: teoria e prática. Porto Alegre: Artmed, 1997.
- BOOG, M. C. F. Contribuição da educação nutricional à construção da segurança alimentar. **Saúde em Revista**: Segurança Alimentar e Nutricional, São Paulo, v. 6, n. 13, p. 17-23, maio/ago. 2004.
- BRAGA, V. Cultura alimentar: contribuições da antropologia da alimentação. **Saúde em Revista**: Segurança Alimentar e Nutricional, São Paulo, v. 6, n. 13, p. 37-43, maio/ago. 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Obesidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 12), (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- DIAS, L. C. Abordagem familiar. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. **Tratado de medicina de família e comunidade**: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 221-232.
- DUARTE, A. C. et al. **Síndrome metabólica**: semiologia, bioquímica e prescrição nutricional. Rio de Janeiro: Axcel Books do Brasil, 2005.
- FELIPPE, F. **Obesidade zero**: a cultura do comer na sociedade de consumo. Porto Alegre: Sulina, 2003.
- FERNANDES, C. C.; DIAS, L. C. Ferramentas de abordagem de família. In: **Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade (PROMEF)**. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 12-40.
- FRANCISCHI, R. P. P. et al. Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 13, n. 1, p. 17-28, jan./abr. 2000.
- GELBERT, S. Implicações emocionais da obesidade na infância. In: JORNADA DE NUTRIÇÃO DO INSTITUTO DE PUERICULTURA E PEDIATRIA MARTAGÃO GESTEIRA, 4., 2005, Rio de Janeiro. [Anais...]. Rio de Janeiro: IPPMG/UFRJ, 2005.
- KNAPP, P. (Org). **Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica**. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- MALDONADO, M. T. **Maternidade e paternidade**: preparação com técnicas de grupo. Rio de Janeiro: Livraria Ateneu, 1982.
- MCDANIEL, S. et al. **Family-oriented primary care**. 2. ed. New York: Springer, 2005.
- MENDONÇA, C. **Práticas alimentares e de atividade física de mulheres obesas atendidas em unidades de saúde pública do município de Niterói**: trajetórias e narrativas. 2005. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Necessidades de energia e proteína**. Genebra: Editora Roca, 1998. (Série de Relatos Técnicos, n. 724).
- RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria Municipal de Saúde. **Projeto com Gosto da Saúde**: cartilha distúrbios nutricionais. Rio de Janeiro, 2005.

ROTENBERG, S.; MARCOLAN, S. Práticas educativas em saúde e nutrição na rede básica de saúde da cidade do Rio de Janeiro. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE NUTRIÇÃO, 17., 2002, Porto Alegre. **Anais...** Porto Alegre, 2002.

WATSON, W. J.; MORRIS, M.; SELBY, P. **Toward a patient-centred approach to obesity: a generic approach to health behaviour change: working with families: case-based modules.** [S.l.: s.n.], 2004.

Bibliografia complementar

BECK, A.; ALFORD, B. A. **O poder integrador da terapia cognitiva.** Porto Alegre: Artmed, 2000.

CAMINHA, R. M. et al. **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: teoria e prática.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

CAVALCANTI, A. M.; OLIVEIRA, A. C. L. (Org.). **Autocuidado apoiado: manual do profissional de saúde.** Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde, 2012. 92 p. Disponível em: <<http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/06/Autocuidado-Apoiado.pdf>>. Acesso em: 11 de julho de 2013.

D'IVERNOISJ, F.; GAGNAYRE, R. **Apprendre a éduquer le patient: approche pédagogique.** 2. ed. Paris: Éditions Maloine, 2004.

DOBSON, K. S.; FRANCHE, R. L. A prática da terapia cognitiva. In: CABALLO, V. E. (Org.). **Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento.** São Paulo: Santos, 1999. p. 441-470.

HAWTON, K. et al. **Terapia cognitivo-comportamental para problemas psiquiátricos: um guia prático.** São Paulo: Martins Fontes, 1997.

MARLATT, G. A.; GORDON, J. R. **Prevenção de recaída: estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos.** Porto Alegre: Artmed, 1993.

MILLER, R. M.; ROLLNICK, S. **Entrevista motivacional: preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos.** Porto Alegre: Artmed, 2011.

SILVA, J. P.; ROTENBERG, S.; VIANNA, E. C. Concepção de educação em saúde na ótica dos profissionais de saúde que atuam em grupos educativos. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 119-136, 2004.

SCOTT, J. et al. **Terapia cognitiva na prática clínica: um manual prático.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

Promoção da saúde,
educação em saúde e
prevenção da obesidade

6

A promoção da saúde pode ser definida como o processo de envolvimento da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida, incluindo maior participação no controle deste processo. [...] Os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida e não como um objeto de viver (BRASIL, 2006a).

Outros conceitos de promoção da saúde assim a definem: “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle desse processo”, Carta de Ottawa (OMS, 1986).

[...] é o conjunto de atividades, processos e recursos de ordem institucional, governamental ou da cidadania, orientados a propiciar a melhoria das condições de bem-estar e acesso a bens e serviços sociais, que favoreçam o desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e comportamentos favoráveis ao cuidado da saúde e o desenvolvimento de estratégias que permitam à população maior controle sobre sua saúde e suas condições de vida, a nível individual e coletivo (GUTIERREZ et al., 1996).

Todas as definições apresentadas partem de uma concepção ampliada de saúde que, mais do que ausência de doença, é aqui entendida como um direito que deve ser garantido e preservado, sendo determinada pelo acesso à renda, à moradia, à alimentação, à educação, ao trabalho, ao lazer, ao transporte e aos serviços em geral, tendo reflexo também nas atitudes e escolhas cotidianas. A saúde é, portanto, um processo em permanente construção, sendo, ao mesmo tempo, individual e coletivo.

Nesta perspectiva, para que a promoção da saúde se dê plenamente, é fundamental que ela não se restrinja ao setor Saúde, devendo ser construída por meio de uma ação intersetorial do poder público em parceria com os diversos setores da sociedade (NAÇÕES UNIDAS, 2005). Vale destacar que o conceito de intersetorialidade é aqui entendido como um processo de construção compartilhada, em que os diversos setores envolvidos são tocados por saberes, linguagens e modos de fazer de seus parceiros, e que implica a existência de algum grau de abertura para dialogar e o estabelecimento de vínculos de corresponsabilidade e cogestão pela melhoria da qualidade de vida da população (CAMPOS et al., 2004).

Além da intersetorialidade, outros princípios devem nortear as iniciativas de promoção da saúde: o da equidade, vinculado ao compromisso ético de diminuição das iniquidades; o do desenvolvimento humano e social, o da diversidade, que valoriza a riqueza das diferenças entre as pessoas e culturas, e o da qualidade de vida no ecossistema (BRASIL, 2006b; BUSS, 2000).

A partir desses princípios, os campos de ação da promoção da saúde abarcam a construção de políticas públicas saudáveis, incluindo a criação de ambientes favoráveis à saúde; a reorientação dos serviços de Saúde; o desenvolvimento de habilidades pessoais e o reforço à participação, tal como o considerado na Carta de Ottawa.

Entre as diversas ações necessárias para a promoção da saúde da população estão as de promoção de hábitos saudáveis. Dentro do atual contexto epidemiológico da população apresentado no início desta publicação, merecem destaque as ações de promoção da alimentação saudável e as práticas corporais/atividade física como ações de promoção da saúde voltadas ao controle e à prevenção da obesidade.

Antes de avançarmos na discussão da promoção da saúde, é importante refletir sobre algumas terminologias que serão abordadas adiante, estabelecendo a diferenciação destas em relação ao conceito aqui adotado como promoção da saúde.

A *prevenção de doenças* está fundamentada na redução do risco de tornar-se doente. A prevenção em saúde "exige uma ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença" (LEAVELL; CLARCK, 1976). As ações preventivas definem-se como intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações. A base do discurso preventivo é o conhecimento epidemiológico moderno; seu objetivo é o controle da transmissão de doenças infecciosas e a redução do risco de doenças degenerativas ou outros agravos específicos (CZERESNIA, 2003).

Outra terminologia que precisa ser apresentada é o termo "educação em saúde". Não há consenso sobre a relação entre esta terminologia e a promoção da saúde, ora entendidas por alguns autores como parte e ora, por outros, como processos distintos. Sem recair nesta questão, assumimos o conceito *de educação em saúde* como o

[...] processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação de um tema pela população em geral. É também o conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores do setor, para alcançar uma atenção à saúde de acordo com as suas necessidades. A educação em saúde potencializa o exercício da participação popular e do controle social sobre as políticas e os serviços de saúde, no sentido de que respondam às necessidades da população (BRASIL, 2006a).

Retomando o conceito de promoção da saúde, aqui assumido, as ações com este enfoque precisam combinar três vertentes de atuação: incentivo, proteção e apoio.

As *medidas de incentivo* difundem informação, promovem práticas educativas e motivam os indivíduos para a adoção de práticas saudáveis. São exemplos desta vertente as ações educativas desenvolvidas na rede básica de Saúde, no cotidiano das escolas e nos ambientes de trabalho, além das atividades de sensibilização e mobilização para a adoção de hábitos saudáveis (ex.: campanhas publicitárias, eventos de mobilização).

As *medidas de apoio* tornam mais factível a adesão a práticas saudáveis por indivíduos e coletividades informados e motivados. São exemplos desta vertente a rotulagem nutricional dos alimentos; os programas de alimentação institucional, como o Programa Nacional de Alimentação

Escolar e o Programa de Alimentação do Trabalhador; a viabilização de espaços públicos seguros para a promoção de práticas corporais/atividade física em ambientes públicos comunitários como o Programa Academia da Saúde; a criação de espaços que favoreçam a amamentação nos ambientes de trabalho; a criação de grupos de apoio para mulheres que estão amamentando; a disponibilização de alimentos e preparações mais saudáveis nos supermercados e padarias; e a oferta de preservativos nos serviços de Saúde.

As *medidas de proteção* impedem que coletividades e indivíduos fiquem expostos a fatores e situações que estimulem práticas não saudáveis. São exemplos desta vertente a proibição do tabagismo em estabelecimentos de Saúde e em outros espaços coletivos; a regulamentação da comercialização de produtos dirigidos a lactentes; e a regulamentação de publicidade de alimentos dirigida ao público infantil.

Ou seja, ações efetivas de promoção da saúde combinam iniciativas dirigidas aos indivíduos e coletividades e, também, ao ambiente, aqui entendido como os diversos âmbitos da vida cotidiana (comunidade, escola, ambiente de trabalho, meios de comunicação, comércio etc.).

Escolhas aparentemente individuais são fortemente relacionadas aos hábitos coletivos. Os hábitos ou “estilo de vida”, expressos por práticas cotidianas, não são iguais para todos, mas também não são puramente atitudes individuais conscientes, isoladas e imutáveis (CHOR, 1999; MENDONÇA, 2005).

Recordando as particularidades que apresentamos anteriormente, em cada fase do curso da vida e aplicando os conceitos que acabamos de aprender sobre as medidas de promoção da saúde, são listados alguns exemplos:

- Nutrizes: apoio das instituições de trabalho à amamentação.
- Pré-escolares e escolares: regulamentação da publicidade de alimentos ricos em açúcar, gorduras saturadas e trans e sódio; ações educativas nas escolas.
- Adolescentes: alimentação ofertada na escola; disponibilidade de espaços públicos de promoção de práticas corporais/atividade física.
- Adultos: disponibilidade de alimentos e preparações saudáveis nos ambientes de trabalho.
- Idosos: ações de aconselhamento nutricional na rede de saúde.

O estilo de vida vincula-se ao conjunto de comportamentos, hábitos e atitudes, ou seja, são expressões socioculturais de vida, traduzidas nos hábitos alimentares, no gasto energético do trabalho diário, nas atividades de lazer, entre outros hábitos, vinculados aos processos de adoecimento, especialmente quando relacionados às doenças crônicas não-transmissíveis (PAIM, 1997; POSSAS, 1989; CHOR, 1999; MENDONÇA, 2005).

Ao se investir em uma estratégia de educação em saúde que se propõe somente a prover informação aos indivíduos para promover uma decisão informada sobre os riscos à saúde, desconsidera-se esta vasta rede de condicionantes e coloca-se o indivíduo como o maior responsável pela sua saúde, ou melhor, o “culpado pela sua doença”.

É preciso, então, compreender os diversos determinantes dos comportamentos humanos, que são construções sócio-históricas. Assim, o desafio para os profissionais seria o de desenvolver intervenções de saúde apropriadas, sem se tornarem reguladores e vigilantes da vida e do prazer alheios (CHOR, 1999; CAMPOS et al., 2004).

A Atenção Básica de Saúde é um espaço privilegiado para o desenvolvimento das ações de incentivo e apoio à adoção de hábitos alimentares e à prática regular da atividade física. Cabe ressaltar que essas ações, além de garantir a difusão de informação, devem buscar viabilizar espaços para reflexão sobre os fatores individuais e coletivos que influenciam as práticas em saúde e nutrição na sociedade, lançando mão de metodologias que estimulem o espírito crítico e o discernimento das pessoas diante de sua realidade e promovam a autonomia de escolha no cotidiano, a atitude protagonista diante da vida e o exercício da cidadania.

A autonomia implica necessariamente a construção de maiores capacidades de análise e de corresponsabilização pelo cuidado consigo, com os outros, com o ambiente; enfim, com a vida (CAMPOS et al., 2004), sem, portanto, desconsiderar que as soluções para os problemas passam por ações que devem ter sustentação cultural, política e econômica.

Portanto, esta busca pela autonomia demanda ações que fortaleçam as capacidades dos indivíduos e dos grupos para terem o máximo poder sobre suas próprias vidas, o que pressupõe também a revisão das relações sociais desiguais sobre as quais são construídas seus modos de viver (SMEKE; OLIVEIRA, 2001).

O desafio é ajudar as pessoas a buscarem uma adequação entre os cuidados à saúde e o seu ritmo de vida, incorporando as mudanças possíveis, sem, no entanto, deixar que esses cuidados se tornem mais um fator de estresse cotidiano. O importante é buscar o equilíbrio possível (RIO DE JANEIRO, 2005).

Seguindo as diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (Pnan) e da Estratégia Global, o *Guia Alimentar para a População Brasileira* (BRASIL, 2006c) tem a promoção da alimentação saudável como base para a promoção da saúde e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis, incluindo a obesidade. O *Guia* é destinado a pessoas envolvidas com a saúde pública e as famílias e tem como enfoque prioritário o resgate de hábitos e práticas alimentares culturais e padrões alimentares variados em todas as fases do curso da vida.

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), publicada por este Ministério em 2006, também prevê ações específicas para a promoção da alimentação saudável, com enfoque para a prevenção e o controle da obesidade, a partir da mobilização de instituições públicas, privadas e setores organizados da sociedade, criação de ambientes saudáveis, proposição e elaboração de medidas regulatórias, disseminação da cultura da alimentação saudável, desenvolvimento de ações no ambiente escolar, implementação da vigilância alimentar e nutricional e reorientação dos serviços de Saúde, com ênfase na Atenção Básica.

Assim, consideramos que o cenário das políticas públicas voltadas à promoção da saúde é extremamente favorável, e reavaliar como acontecem as ações com este enfoque na realidade local, assumindo as necessidades desta como prioritárias, é de fundamental importância no empoderamento dos sujeitos e da comunidade para o cuidado com sua própria saúde.

Quando o tema é a obesidade, geralmente se culpabiliza individualmente os sujeitos em vez de se desenvolver uma luta política pela saúde, responsabilizando as empresas e interferindo sobre a propaganda e comercialização, bem como cobrando ações intersetoriais para garantir, por exemplo, que a alimentação das escolas seja advinda de produtores agrícolas locais.

Operar uma escolha esclarecida com relação aos estilos de vida não depende apenas de possuir ou não conhecimentos necessários. Muitas vezes o sistema de valores do indivíduo não o motiva de forma suficiente para fazer uma opção de acordo com seus conhecimentos. E, mesmo quando os conhecimentos e as motivações existem, nem sempre são suficientes para induzirem alguma modificação de comportamento.

Na origem de práticas saudáveis estão, portanto, fatores complexos. Os programas de prevenção e tratamento de doenças com múltiplos fatores etiológicos, como a obesidade, não devem, assim, dirigir-se apenas a hábitos individuais, mas precisam estar voltados às influências estruturais que se exercem sobre os estilos de vida, desenvolvendo estratégias capazes de:

1. Tornar o ambiente físico, social, cultural e econômico propício a um estilo de vida saudável.
2. Ampliar os conhecimentos pessoais, de forma que os indivíduos tenham habilidades para analisar criticamente os fatores determinantes do seu estilo de vida e identificar recursos necessários para a prevenção dos agravos à saúde e melhoria da qualidade de vida.
3. Reforçar o sistema de apoio social (famílias, clubes, associações, grupos, organizações de ajuda mútua etc.) de forma a fortalecer as capacidades individuais e coletivas para enfrentar dificuldades e tomar decisões.
4. Disponibilizar conhecimentos técnicos e estimular a participação social, ampliando a influência dos indivíduos e grupos nos processos de decisão dos setores públicos e privados que tenham impacto na saúde.

O objetivo principal das políticas de prevenção deve ser possibilitar aos indivíduos e às comunidades a apropriação do conhecimento sobre o processo saúde-doença, incluindo fatores de risco e de proteção à saúde, assim como empoderá-los a fazer opções saudáveis apoiadas na conquista de sua autonomia. O planejamento estratégico deve considerar o contexto físico, social, cultural e econômico, assim como os modos de vida da comunidade para que as ações sejam efetivas e tenham sentido aos acontecimentos e situações do cotidiano que orientam as ações individuais (SESC, 2006).

6.1 A prevenção e o controle da obesidade nos diferentes níveis organizacionais da Atenção à Saúde

120

Existem três níveis estratégicos de organização que devem ser considerados para que a prevenção e o controle da obesidade sejam efetivos, são eles: o âmbito macro, das macropolíticas que regulam o sistema de Atenção à Saúde; o âmbito meso, das organizações de Saúde e da comunidade; e o âmbito micro, das relações entre as equipes de Saúde e as pessoas usuárias e suas famílias. Esses níveis interagem e influenciam de forma dinâmica uns aos outros. Os limites entre os níveis micro, meso e macro nem sempre são claros. Eles estão unidos por um circuito interativo de retroalimentação em que os eventos de um âmbito influenciam as ações de outro, e assim sucessivamente (OMS, 2006).

Quando a equipe de Saúde não tem competência para manejar as condições crônicas, por falta de capacitação, o problema pode ser identificado no âmbito micro por afetar as relações entre a equipe e as pessoas usuárias e suas famílias. Mas a falta de competência pode ser considerada um problema no âmbito meso por ser responsabilidade da organização de Saúde assegurar as condições para que as equipes de Saúde manejem bem as condições crônicas, o que inclui a provisão de educação permanente. Ademais, a falta de competência das equipes, no plano educacional, pode ser um problema do âmbito macro porque as normas sobre os currículos de graduação e pós-graduação podem ser inadequadas (OMS, 2006).

ÂMBITO MICRO

Relações entre equipes de Saúde e pessoas usuárias e suas famílias

O âmbito micro estrutura-se para enfrentar dois problemas: a falta de autonomia dos indivíduos para melhorar sua saúde e a baixa qualidade da interação entre usuários e profissionais das equipes de Atenção Básica. O comportamento diário dos usuários de aderir a esquemas terapêuticos, praticar exercícios físicos, alimentar-se de forma adequada, abandonar o tabagismo e interagir com as organizações de Saúde influenciam os resultados sanitários em proporções maiores que as intervenções médico-sanitárias tradicionais. A tríade presente no âmbito micro está representada pelas pessoas usuárias e suas famílias, pela equipe de Saúde e pelo grupo de apoio da comunidade.

Estratégias para prevenção e controle da obesidade em ÂMBITO MICRO

→ Indivíduos e famílias: buscar a melhoria de sua própria qualidade de vida, por meio da adoção de hábitos de vida saudáveis, que incluam alimentação equilibrada, atividade física, lazer e convívio social.

→ Indivíduos e comunidades: formar grupos de apoio para fortalecer o combate à obesidade, tornando-se também agentes promotores de saúde. As ações podem incluir grupos de práticas corporais, trocas de receitas, oficinas culinárias, hortas comunitárias, roda de experiências, entre outras.

→ ESF/UBS e sua relação com indivíduos e famílias: promover o conhecimento a respeito dos fatores determinantes de adoecimento, assim como dos recursos necessários para melhoraria da qualidade de vida e a prevenção de doenças e agravos.

→ ESF/UBS e sua relação com a comunidade: estimular o fortalecimento de lideranças comunitárias e a participação dos moradores no conselho local de Saúde, incentivando-os a participar dos processos de decisão dos setores públicos e privados que exerçam influência na saúde da comunidade.

ÂMBITO MESO

Organizações de Saúde e comunidade

O âmbito meso, propõe uma mudança de foco das organizações de Saúde, retirando a ênfase nas condições agudas para implantar uma atenção que dê conta principalmente das condições crônicas. Isso significa as seguintes mudanças: colocar a temática das condições crônicas no plano estratégico dessas organizações; promover a coordenação da Atenção à Saúde; utilizar tecnologias de gerenciamento das condições crônicas; desenvolver uma atenção proativa, contínua e integral, com valorização relativa dos procedimentos promocionais e preventivos; estimular e apoiar as pessoas usuárias e suas famílias no seu autocuidado; adotar diretrizes clínicas construídas com base em evidências científicas; implantar sistemas de informação clínica potentes, investindo fortemente em tecnologia de informação; integrar os recursos da organização com os recursos comunitários; e mobilizar e coordenar os recursos comunitários.

As ações devem ser planejadas com a comunidade, para que sejam consideradas características de diversidade política, geográfica, cultural, étnica, de idade e gênero, questões socioeconômicas e de saúde/doença.

Estratégias para prevenção e controle da obesidade em ÂMBITO MESO

→ ESF/UBS: realizar rastreamento do estado nutricional (peso, altura/comprimento e circunferência abdominal) de seus usuários para identificação precoce de excesso de peso e de obesidade em crianças, adolescentes e adultos. O rastreamento deve ser realizado nas consultas e atividades programáticas e espontâneas de rotina. Em adição, a equipe de Saúde da Família deve organizar a busca ativa dos indivíduos por meio de mutirões ou em situações oportunas, como campanhas de vacinação, Dia Mundial de Combate à Obesidade e Semana da Alimentação Saudável.

→ ESF/UBS: realizar grupos de educação nutricional e de qualidade de vida, que estimulem o senso crítico e a capacidade de escolha, valorizem o conhecimento e envolvimento da comunidade, e nos quais sejam trabalhados temas relacionados à alimentação saudável, como: estratégias para redução do sódio e da gordura na preparação de alimentos; análise crítica de rótulos e propagandas; estímulo ao consumo de frutas e vegetais da estação; estímulo ao consumo de leguminosas; estímulo à produção caseira de alimentos em contraposição à compra de alimentos industrializados; técnicas culinárias; higiene e conservação de alimentos e preparações; criação de hortas domiciliares; reflexão sobre práticas alimentares e sociedade.

→ ESF/UBS: promover grupos de caminhada, dança, alongamentos, ioga, relaxamento e outras práticas corporais para o público adulto e infantil.

→ ESF/UBS: exercitar a intersetorialidade, com escolas, igrejas, associação de moradores e outros equipamentos públicos ou privados da comunidade. Os espaços intersetoriais podem auxiliar na promoção de saúde com recursos humanos ou materiais em atividades de práticas corporais, oficinas culinárias, educação alimentar e nutricional, na criação de hortas comunitárias, entre outros.

→ ESF/UBS: estimular, individual e coletivamente, o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês e o aleitamento materno complementado por dois anos ou mais.

→ ESF/UBS: realizar atividades coletivas de prevenção secundária, como grupos de hipertensos e de diabéticos.

→ ESF/UBS: buscar o auxílio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) para planejar as ações individuais e coletivas de prevenção e controle da obesidade, de acordo com as dificuldades e potencialidades locais, considerando os recursos físicos e pessoais existentes.

→ ESF/UBS: articular-se com as Redes de Atenção à Saúde (RAS), em níveis secundário e terciário, assumindo a corresponsabilidade nos casos de obesidade que necessitem de Atenção Especializada.

→ Comunidade: buscar a segurança das vias públicas, ser agente de promoção de saúde, exigir alimentação de qualidade nas escolas do bairro, propor melhorias aos serviços de Saúde da comunidade e aos outros equipamentos públicos e privados locais.

→ Comunidade: organizar-se e ter voz ativa em associações de condomínios, associação de moradores, associação de pais e mestres nas escolas e participar do conselho local de Saúde para lutar pelos direitos da comunidade, assim como fazer com que os indivíduos cumpram seus deveres de cidadãos.

ÂMBITO MACRO**Macropolíticas de Saúde**

O âmbito macro propõe a elaboração de políticas que considerem as singularidades das condições crônicas e que desenvolvam as RAS. Isso implica: planejamento baseado nas necessidades da população; advocacia de legislações sobre condições crônicas; integração das políticas de enfrentamento às condições crônicas; alocação de recursos segundo a carga de doenças; alocação de recursos segundo critérios de custo/efetividade; integração dos sistemas de financiamento; alinhamento dos incentivos econômicos com os objetivos da atenção às condições crônicas; implantação de sistemas de acreditação, monitoramento e de qualidade da atenção; desenvolvimento da educação permanente dos profissionais de Saúde; e desenvolvimento de projetos intersetoriais.

Estratégias para prevenção e controle da obesidade em ÂMBITO MACRO

→ Políticas públicas de Saúde para Vigilância Alimentar e Nutricional e para a promoção de alimentação saudável, como a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, Bolsa Família, Programa Saúde na Escola, Programa Mais Educação, Academias de Saúde, entre outros.

→ Fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde e da comunicação entre os diversos níveis de atenção, por meio de sistemas de informação e regulação informatizados.

→ Políticas de educação permanente intersetoriais.

→ Políticas de melhoria e de qualificação da AB e de todos níveis de atenção que compõem as RAS.

→ Políticas de fiscalização e regulação de mídias e propagandas de produtos alimentícios, principalmente aquelas voltadas ao público infantil.

→ Políticas de fiscalização da produção e da rotulagem nas indústrias de alimentos, exigindo transparência, segurança microbiológica e nutricional dos alimentos comercializados e proteção à saúde do consumidor.

→ Políticas de estímulo à produção agrícola local, especialmente de produtos orgânicos.

→ Políticas que melhorem a segurança em parques, escolas e espaços de lazer, para que crianças e adultos possam se exercitar ao ar livre.

Referências

124

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006d
- _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. (Cadernos de Atenção Básica, n. 15), (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Obesidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. (Cadernos de Atenção Básica, n. 12), (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.
- CAMPOS, G. W. et al. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 745-749, 2004.
- CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p.39-53.
- CHOR, D. Saúde pública e mudanças de comportamento: uma questão contemporânea. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 423-425, 1999.
- GUTIERREZ, M. et al. Perfil descritivo-situacional del sector de la promoción y educación en salud: Colombia. In: AROYO, H. V.; CERQUEIRA, M. T. (Eds.). **La Promoción de la Salud y la Educación para la Salud en America Latina: un analisis sectorial**. Editorial de la Universidad de Puerto Rico, 1996. 114p.
- LEAVELL, S.; CLARCK, E. G. **Medicina preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill, 1976. p. 17.
- MENDONÇA, C. **Práticas alimentares e de atividade física de mulheres obesas atendidas em unidades de saúde pública do município de Niterói: trajetórias e narrativas**. 2005. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005.
- NAÇÕES UNIDAS. **Documentos da Organização das Nações Unidas para a promoção da alimentação saudável**. Brasília, 2005.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Carta de Ottawa: primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde**. Ottawa, 1986.
- _____. **WHO Child Growth Standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: methods and development**. WHO (nonserial publication). Geneva, Switzerland: WHO, 2006.

PAIM, J. S. Abordagens teórico-conceituais em estudos de condições de vida e saúde: algumas notas para reflexão e ação. In: BARATA, R. (Org.). **Condições de vida e situação de saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 1997. p. 7-30.

POSSAS, C. **Epidemiologia e sociedade**: heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil. São Paulo: Hucitec, 1989.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria Municipal de Saúde. **Projeto com Gosto de Saúde**: cartilha distúrbios nutricionais. Rio de Janeiro, 2005.

SERVIÇO SOCIAL DO COMÉRCIO. **Modelo da Atividade - Educação em Saúde**. [S.l.]: SESC, 2006.

Disponível em: <http://www.sesc.com.br/wps/wcm/connect/011c0a3e-8c79-4478-84a2-64796209dcd8/modelo+educacao_em_saude.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=011c0a3e-8c79-4478-84a2-64796209dcd8>.

Acesso em : set. 2013.

SMEKE, E. L. M.; OLIVEIRA, N. L. S. Educação em saúde e concepções de sujeito. In: VASCONCELOS, E. M. **A saúde nas palavras e nos gestos**: reflexões da rede educação popular e saúde. São Paulo: Hucitec, 2001.

Promoção da atividade física

7

Ser ativo fisicamente resulta em benefícios para a saúde individual e coletiva. A prática regular de atividade física está relacionada com a melhoria da capacidade cardiovascular e respiratória, da resistência física e muscular, da densidade óssea e da mobilidade articular, da pressão arterial em hipertensos, do nível de colesterol, da tolerância à glicose e da ação da insulina, do sistema imunológico, da diminuição do risco de cânceres de cólon e de mama nas mulheres, entre outros benefícios, não menos importantes, como a prevenção de osteoporose e diminuição de lombalgias, aumento da autoestima, diminuição da depressão, alívio do estresse, aumento do bem-estar e redução do isolamento social.

Em relação à promoção do peso saudável, o incremento da atividade física regular, aliado à alimentação saudável são os eixos centrais a serem trabalhados na busca pela qualidade de vida. A atividade física é um fator determinante do gasto de energia e, portanto, do equilíbrio energético e do controle de peso. Mesmo que no início do acompanhamento o indivíduo alcance somente um nível de atividade física leve, o fato de deixar de ser fisicamente inativo traz resultados positivos quanto à melhoria de qualidade de vida e de bem-estar geral, além de resultados específicos em relação aos riscos de saúde e ao controle das comorbidades.

A equipe de Atenção Básica tem como uma das possibilidades terapêuticas para prevenção e controle da obesidade o aconselhamento para as práticas corporais e atividade física. Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família podem ter em sua composição o professor de Educação Física que é o profissional mais capacitado para desenvolver ações desta natureza no território. Entre as suas competências, podem ser desenvolvidas atividades conjuntamente com o fisioterapeuta e demais profissionais da equipe. No território, além das equipes de Nasf, as academias da Saúde são espaços promotores para as práticas corporais possibilitando um espaço seguro e adequado para esse fim. Além disso, as academias da Saúde podem atuar como porta de entrada de indivíduos com sobrepeso ou obesidade que não frequentam habitualmente as Unidades Básicas de Saúde.

O Programa Academia da Saúde, instituído pela Portaria MS/GM nº 719, de 7 de abril de 2011, tem como objetivo contribuir para a promoção da saúde da população a partir da implantação de polos com infraestrutura, equipamentos e quadro de pessoal qualificado para a orientação de práticas corporais e atividade física, de lazer e modos de vida saudáveis, e é desenvolvido localmente pelos municípios.

Os polos de Academia de Saúde são espaços privilegiados no território e podem atuar como um adjuvante no tratamento e prevenção da obesidade, tanto com apoio nas práticas corporais como na organização de grupos operativos.

Há nos estados outros programas semelhantes que devem ser acionados naqueles municípios em que ainda não foi implantado o Programa Academia da Saúde.

O aconselhamento para a prática de atividade física deve tanto focar na redução de atividades sedentárias quanto no aumento da atividade física. Para pré-escolares, as atividades externas como brincadeiras nas ruas ou praças devem ser estimuladas. Crianças maiores (6 a 9 anos) beneficiam-se mais de atividades estruturadas, como escolinhas esportivas, jogos ou sessões de exercício supervisionadas, como andar de bicicleta. Alguns adolescentes preferirão a prática

de esportes ou academias, enquanto outros, devido à falta de confiança e baixa autoestima, decidirão manter-se longe desses ambientes. Envolver os adolescentes diretamente na escolha de atividades para ocupar o tempo antes dedicado às atividades sedentárias é fundamental para a motivação dos mesmos.

Algumas "regras de mídia" podem ser adotadas para reduzir o tempo das crianças em frente às telas (televisão, computador, *video game*) (STRASBURGER, 2010):

- Retirada de televisão do quarto das crianças.
- Desligar a televisão durante as refeições.
- Limitar o tempo de televisão, *video game*, computador para, no máximo, duas horas por dia.
- Não acostumar crianças menores de 2 anos a assistir à televisão.

7.1 Nível de atividade física

Estimativas nacionais apontam para um alto índice de sedentarismo em nossa população, sendo que mais da metade das pessoas exercem muito pouca ou nenhuma atividade física. Hábitos de vida sedentários têm sido a tônica em especial nos grandes centros urbanos.

A informação sobre o nível de atividade física pode ser simples como saber se existe um tempo na vida da pessoa dedicado a realizar exercício físico. Esse dado já permite uma leitura rápida da situação, no entanto pode subestimar a atividade considerando que exclui as atividades diárias que podem ou não revelar o sedentarismo.

Para obter informações mais precisas pode-se seguir o roteiro de perguntas abaixo relacionadas:

- O/a Sr(a). realiza exercício físico?
 - Qual?
 - Quanto tempo?
 - Quantos dias da semana?
- Quanto tempo por dia assiste à TV ou fica no computador (sentado)?
- Na sua rotina: O/a Sr(a).:
 - Caminha?
 - Sobe escadas?
 - Limpa a casa e/ou cuida do jardim?

Identificar na rotina se o nível de atividade física é muito pequeno, ou ainda se pode melhorar com algumas mudanças.

Por todos estes benefícios, o incentivo e apoio à prática de atividade física regular deve ser parte das estratégias dos profissionais de Saúde. As recomendações mais recentes preconizam a prática de 2 horas e 30 minutos de atividade física moderada, distribuídos em cinco dias da semana, podendo ser complementada com atividades de fortalecimento muscular, como musculação, nos demais dias (USDHHS, 2008). O aconselhável é a prática diária de, ao menos, 30 minutos de atividade física; para a perda de peso, esse tempo deve ser maior e prescrito segundo avaliação profissional.

O incentivo e o apoio à adoção de modos de viver saudáveis devem ser prioridades no acompanhamento dos usuários. Dessa forma, busca-se promover a melhoria da saúde e da qualidade de vida da população por meio de ações que permitam aos cidadãos conhecer, experimentar e incorporar a prática regular de atividades físicas (BRASIL, 2006).

É importante reconhecer a diversidade das práticas físicas como importante no processo de experimentação e adoção no cotidiano, seja no trabalho, na escola, em casa ou no tempo livre das obrigações diárias, geralmente reservado para a prática de lazer. A prática de atividade física pode ser fomentada pelos profissionais de Saúde de forma individual e coletivamente, a partir da vivência de danças, lutas, esportes, jogos, ginástica, práticas orientais – como o *tai chi chuan*, o *shiatsu*, a ioga – caminhada, corrida, entre outros, que são expressões do movimento corporal, e, como tais, representam o modo como o ser humano se contextualiza na sociedade. A adoção dessas práticas favorece, entre outras, ações que reduzam o consumo de medicamentos, estimulam a grupalidade e a formação de redes de suporte social, possibilitando a participação ativa dos usuários (BRASIL, 2006).

Incluir a promoção de atividade física na abordagem do cuidado em saúde requer a compreensão da inter-relação de componentes ambientais (sociais, econômicos, políticos, antropológicos e culturais), fisiológicos (capacidade respiratória, metabolismo) e subjetivos (percepções do sujeito, construção do imaginário, percepção da saúde) na produção de saúde individual e coletiva. Nessa perspectiva, os profissionais de Saúde devem considerar as possibilidades e limitações do sujeito e do ambiente no desenvolvimento das atividades propostas, observando aspectos do planejamento urbano, como os transportes coletivos; da segurança pública; da importância individual atribuída à prática de atividade física; da existência de espaços públicos de lazer; da possibilidade de acesso a espaços privados de lazer que possibilitem a realização de atividades físicas no tempo livre.

A prática de atividade física pode ser fomentada nas Unidades de Saúde, em praças e em espaços comunitários cedidos pela comunidade. A presença do profissional de Saúde deve proporcionar os cuidados necessários a uma atividade saudável que não tragam danos imediatos ou futuros aos sujeitos que a praticam. Por isso, as atividades leves (alongamentos leves, caminhada em ritmo lento) e moderadas (dança de salão com músicas lentas) devem ser eleitas como as principais para serem promovidas em grupo. Atividades vigorosas como corrida, exercício de condicionamento físico, requerem periodização e acompanhamento de profissional

especializado, sendo, portanto, uma abordagem recomendada para grupos específicos, mais homogêneos ou para prescrições individuais a partir da análise da situação clínica e fisiológica do indivíduo para a prática de exercício físico (AINSWORTH et al., 2000).

Incentivar as pessoas a fazerem atividade física não é tarefa fácil. Dados do inquérito telefônico desenvolvido com amostra da população brasileira residente nas capitais mostraram que apenas 14,9% da população pratica atividade física no tempo livre; que os homens são mais ativos que as mulheres e que as pessoas com maior número de anos de estudo praticam mais atividade física nesse domínio (tempo livre), que traz à pauta dos programas de atividade física o peso de questões como gênero e acesso à educação (BRASIL, 2011).

A motivação para adesão a um modo de vida mais ativo é o grande desafio. Deve-se identificar estratégias que propiciem esta adesão e debater com os grupos suas vantagens, a identificação dos obstáculos para a mudança, o auxílio para a descoberta de cada indivíduo de suas formas prazerosas e adequadas ao cotidiano de se movimentar, entre outros pontos. A existência de atividades na própria unidade de Saúde envolvendo práticas corporais pode trazer resultados positivos em relação à promoção destas práticas.

Para promover a prática de atividade física com a população adstrita da Unidade Básica de Saúde de forma a garantir o acesso de todos e a formação de grupos de pessoas das várias faixas etárias, os profissionais podem construir com o público-alvo atividades de interesse coletivo para proporcionar adesão dos sujeitos à intervenção proposta. As atividades podem ser jogos, dança, ginástica, práticas orientais, caminhadas em grupo, corrida orientada, rodas de conversa, como as mais sistemáticas, organizadas ao longo da semana, e festivais de dança e de jogos, passeios temáticos, torneios, minimaratonas, gincanas, eventos comemorativos, como sendo pontuais e revitalizantes do interesse dos sujeitos em continuar participando da ação.

É recomendado construir a identidade coletiva do espaço como um local onde pessoas se reúnem para realizar um ou mais objetivos relacionados às vivências das atividades, não como único lugar em que essas práticas podem ser realizadas. Para tanto, é importante estimular a continuidade de atividades físicas já presentes no cotidiano dos sujeitos, como ir à escola ou ao trabalho a pé, limpar o quintal, subir escadas, e ampliar suas possibilidades a partir de novos conhecimentos construídos nos grupos.

Outra perspectiva para abordagem do cuidado em saúde tendo a atividade física como um dos eixos está relacionada aos grupos específicos organizados pelas equipes de Saúde da Família. Assim, grupos de idosos, grupos com preponderância de pessoas com hipertensão e diabetes, grupos de pessoas com transtorno mental, grupos de adolescentes possuem características comuns que possibilitam aos sujeitos compartilharem objetivos. Quanto mais específico é o grupo, mais especializada e planejada torna-se a intervenção proposta pela área de Saúde. Porém todas as considerações feitas anteriormente sobre as observações dos elementos contextuais da condição social da população-alvo, da construção dos interesses individual e coletivo para a prática de atividade física e sobre a participação dos sujeitos na construção das ações cabem também para grupos específicos.

Tratando-se da prática de atividade física para redução e/ou controle do peso corporal, pesquisas recentes mostram os benefícios da combinação entre exercício físico e terapia nutricional na perda de peso saudável. Os exercícios aeróbicos, ou seja, aqueles com movimentos mais duradouros que ocorrem na presença de oxigênio intensificam a perda de peso e de gordura, e os anaeróbicos, caracterizados por serem mais intensos e rápidos na sua execução sem a presença de oxigênio, minimizam a redução da taxa metabólica de repouso por preservar ou aumentar a massa magra (PONTES; SOUSA; NAVARRO, 2009). A alimentação saudável no outro lado da balança promove equilíbrio no processo de perda e manutenção do peso, evitando a perda de peso muito rápida e não saudável.

A obesidade é uma doença crônica não transmissível, como tal, requer tempo na produção do cuidado, seja para preparar para uma intervenção invasiva, como cirurgia bariátrica, ou para ajudar na perda de peso antes e após o procedimento.

Neste caminho, o desenvolvimento de atividades físicas com pessoas com sobrepeso ou obesas requer estratégias diferenciadas para adesão do sujeito. Em primeiro lugar, geralmente pessoas nessas condições acessam algum serviço mais especializado de forma referenciada por outro profissional de Saúde. Uma estratégia importante é a manutenção do vínculo entre o profissional que referenciou e o que está desenvolvendo a atividade para que seja garantido o acompanhamento do projeto terapêutico construído com o sujeito. Outra estratégia a ser utilizada é a escolha das atividades em conjunto com o sujeito ou com o grupo que receberá a intervenção.

Estudos apontam que as atividades aeróbicas (caminhar, correr, nadar, pedalar, etc.) contribuem significativamente para a redução de peso. Quanto maior o tempo total de atividade física aeróbica realizada, maior a redução de peso. Recomenda-se a distribuição do tempo de atividade física em, no mínimo, três dias da semana, evitando concentrações que possam extenuar e desestimular os sujeitos (MATSUDO; MATSUDO, 2006).

Na produção do cuidado com pessoas com sobrepeso ou obesidade, no âmbito da atividade física, o cuidado em não sobrecarregar as articulações com a prática do exercício físico é uma preocupação presente durante a prescrição e na intervenção. Ainda que com a utilização de tênis com amortecedor, o profissional deve ponderar na recomendação de atividades físicas como subir e descer escadas e corrida em terreno acidentado. As atividades mais recomendadas são aquelas realizadas na água como, por exemplo, a hidroginástica e a natação, porém atividades como caminhada, ciclismo e corrida em terreno plano também podem ser prescritas.

É importante que o profissional recomende que a pessoa com obesidade se torne o mais ativa possível nas tarefas do cotidiano, por exemplo, evitando destinar muitas horas à TV, fazer percursos curtos a pé, sair para passear com o cachorro, brincar com crianças, ajudar nas atividades domésticas, entre outros. O objetivo é aumentar ao máximo o gasto energético diário, complementado pelo exercício físico realizado durante a semana (POLLOCK; WILMORE, 1993). Para tanto, torna-se fundamental ensinar exercícios simples para serem realizados em casa ou no trabalho e os cuidados necessários para evitar quedas e lesões.

Por fim, o tipo de exercício físico a ser prescrito deve ser adaptado às características da pessoa ou grupo em relação à idade, às limitações pessoais, aos objetivos, às condições de saúde e aos riscos produzidos pela doença. Para tanto, é necessária a realização de uma avaliação física com anamnese e aplicação do Questionário de Prontoatendimento para Atividade Física (Q-PAF) (Anexo F), como padrão mínimo para inclusão em um programa de atividade física moderada. O questionário pode ser aplicado em pessoas de 15 a 69 anos e possibilitará a triagem no grupo daqueles que não passaram pela avaliação clínica e necessitam da mesma para ingressar no programa de exercício físico (SILVA et al., 2010).

Referências

- AINSWORTH, B. E. et al. Compendium of physical activities: an update of activity codes and MET intensities. **Med. Sci. Sports Exerc.**, [S.l.], v. 32, p. 498-516, 2000. Suplemento 9.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Obesidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 12), (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- MATSUDO, V. K. R.; MATSUDO, S. M. M. Atividade física no tratamento da obesidade. **Einstein**, São Paulo, v. 4, p. S29-S43, 2006. Suplemento 1.
- POLLOCK, M. L.; WILMORE, J. M. **Exercícios na saúde e na doença**. 2 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1993.
- PONTES, A. L. C.; SOUSA, I. A.; NAVARRO, A. C. O tratamento da obesidade através da combinação dos exercícios físicos e terapia nutricional visando o emagrecimento. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, São Paulo, v. 3, n. 14, p. 124-135, mar./abr. 2009.
- SILVA, F. M. et al. **Recomendações sobre condutas e procedimentos do profissional de educação física**. Rio de Janeiro: CONFEF, 2010. 48 p.
- STRASBURGER, V. C.; JORDAN, A. B.; DONNERSTEIN, E. Health effects of media on children and adolescents. **Pediatrics**, [S.l.], v. 125, n. 4, p. 756-767, 2010.
- U. S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (USDHHS). **Physical activity guidelines advisory committee report**. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, 2008.

Bibliografia complementar

- FERREIRA, M. S. Aptidão física e saúde na educação física escolar: ampliando o enfoque. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 41-54, jan. 2001.

Tratamento dietoterápico

8

No campo da Atenção em Saúde, o nutricionista diferencia-se dos demais profissionais pela possibilidade de conjugar conhecimentos mais gerais em Saúde com aqueles mais específicos sobre os alimentos, a técnica dietética, prescrição dietoterápica, práticas educativas em nutrição, entre outros. Desta forma, para além de informações amplas e princípios gerais sobre alimentação saudável, o que os demais profissionais da equipe também estariam aptos a fazer, o nutricionista trabalha na aplicação cotidiana desses princípios, contribuindo para a construção de práticas desde o momento da compra do alimento até o preparo, distribuição e consumo, em diferentes espaços sociais (BURLANDY, 2005).

No entanto, a atuação do nutricionista não deve ficar restrita às atividades específicas da área de alimentação, devendo integrar os diferentes saberes da equipe envolvida com a Atenção à Saúde, construir uma abordagem integral do usuário, compreendida no seu contexto familiar e social. Ou seja, atuar de forma integrada à vigilância em saúde, identificando situações de risco associadas ao sobrepeso/obesidade, como baixa auto-estima, questões de gênero, violência, desemprego, uso do álcool, do tabaco e outras drogas.

O atendimento nutricional deve ser fundamentado na promoção da alimentação saudável, atividade física e lazer, busca do prazer, do autoconhecimento e da autoestima.

A partir do reconhecimento dos diferentes saberes e lugares ocupados pelo profissional e pelo usuário, o nutricionista deve propor um plano alimentar flexível, negociado e compatível com as necessidades de cada usuário. Considerando a pactuação de metas com o usuário, devem ser valorizados os pequenos progressos nas modificações dos hábitos alimentares e de vida a curto e médio prazos, a redução do peso e do grau de obesidade e dos fatores de risco associados.

O profissional deve evitar a supervalorização do primeiro contato com o usuário e a ansiedade para que este já saia do consultório com o plano alimentar calculado e prescrito. Em muitos casos, o usuário recebe uma carga massiva de informações que podem ou não ser devidamente trabalhadas nas consultas posteriores. Deve-se estar atento, pois em geral é dado apenas um enfoque técnico nos cálculos e na orientação, desconsiderando a história de vida do usuário, embora ela muitas vezes seja contada e ouvida na consulta (SGAVIOLI, 1993).

Passos importantes na rotina da consulta:

1) Leitura do prontuário

A leitura do prontuário prévia ou na presença do usuário tem como objetivo a abertura para o diálogo. Saber de quem se trata, o motivo da consulta, suas queixas e conhecer as condutas realizadas anteriormente por outros profissionais. Estas informações são fundamentais para iniciar uma consulta, uma conversa.

2) Apresentação do profissional

É indispensável a apresentação do profissional. Da mesma forma, o usuário também deve ser tratado pelo nome, evitando qualquer palavra genérica como “mãe”, ou no diminutivo, “mãezinha”, mesmo que no sentido carinhoso.

3) Conhecer o motivo da consulta

A partir da leitura do prontuário e da conversa com o usuário, pode-se ir percebendo as queixas e preocupações que o levaram à consulta. Em alguns casos, o usuário não tem noção do papel do nutricionista. No caso de sobrepeso/obesidade, pode ter ido à consulta por meio do encaminhamento de outro profissional e não por seu desejo. Este, portanto, é um momento de aproximação. Cabe ao nutricionista acolher o usuário.

4) Conhecer a história social

A anamnese social deve ser realizada pelo nutricionista buscando completar as informações já existentes no prontuário. Se houver dificuldade em obter as informações necessárias na primeira consulta, é importante estar atento para retomá-las nas consultas subsequentes. Algumas informações já devem constar do prontuário, mas podem ser abordadas novamente, como estado conjugal, idade, sexo, local de nascimento e de moradia. Outras devem ser acrescentadas, como condições da habitação, número de habitantes, número de cômodos, saneamento básico, utensílios domésticos (filtro, geladeira, forno), escolaridade, condições de trabalho (integral, parcial, diurno, noturno, doméstico), atividade física desempenhada, incluindo atividade física de lazer, renda, outras estratégias de sobrevivência, rede social, como ajuda de amigos, parentes, vizinhos, instituições religiosas e outras identificadas.

Estas informações, com a anamnese alimentar e clínica-laboratorial e a avaliação antropométrica, irão subsidiar a prescrição do plano alimentar.

5) Conhecer a história clínica individual e familiar e análise de exames laboratoriais

Para auxiliar no diagnóstico e na conduta nutricional, devem ser obtidas informações sobre a história da doença atual, história de patologia pregressa, risco cardiovascular, história familiar, uso de medicamentos, internações, cirurgias realizadas, exames bioquímicos. Visando a uma abordagem integral de cada usuário, podem ser obtidas informações também sobre a história sexual e reprodutiva (paridade, gestações, abortos, filhos vivos, falecidos, prematuros, baixo peso ou sobrepeso, realização de pré-natal, de exame “preventivo”, experiência com amamentação, uso de método anticoncepcional, idade da menarca e do climatério).

A história da doença atual envolve todos os dados da doença que o usuário apresenta, identificando sua origem, sinais e sintomas apresentados, alterações comportamentais, comprometimentos funcionais, alterações no ritmo digestivo e urinário, mudanças significativas nos hábitos diários, no sono, no apetite, alterações significativas de peso e na qualidade de vida. A história de doenças pregressas envolve as doenças desde a infância até a idade atual, destacando-se a época em que a referida patologia foi diagnosticada, o tratamento empregado,

as cirurgias eletivas ou emergenciais realizadas. Deve-se dar atenção também a relatos de sinais e sintomas clínicos, sem diagnóstico identificado.

A história familiar tem por base identificar o perfil de doenças de parentes próximos e a probabilidade do risco familiar, podendo funcionar como alerta e auxiliar na conduta dietética.

Devem ser investigadas doenças e alterações séricas, visando identificar riscos à saúde e comorbidades associadas à obesidade. Os exames devem ser solicitados no início do acompanhamento, a não ser que o usuário os tenha realizado próximo à consulta. Os principais exames laboratoriais que devem ser solicitados são glicemia de jejum, lipidograma (CT, LDL, TG e HDL), ácido úrico, hemograma completo.

É importante informar sobre o preparo para a realização dos exames, como a não realização de atividade física intensa fora da rotina e jejum alimentar de 8 horas, para a determinação dos níveis de glicose, e de 12 horas, para a determinação dos níveis de colesterol e triglicerídeos.

O nível pressórico atual e progresso também deve ser conhecido. Quando possível, a aferição da pressão arterial deve ser realizada na pré-consulta.

6) Realizar anamnese alimentar

A anamnese alimentar identifica os hábitos alimentares, a frequência de consumo de alguns gêneros alimentícios, preferências, aversões e alergias, hábitos alimentares da família que determinam ou influenciam os do usuário, número de refeições diárias, local e ambiente onde essas são realizadas, situação de trabalho/estudo que interferem na alimentação cotidiana, substituição de refeições por lanches, omissão de refeições, monotonia de alimentos consumidos.

Em relação à anamnese alimentar, o nutricionista deve estar atento à sua prática cotidiana, que a seleção, o preparo e o consumo alimentar são condicionados pelas preferências, aversões, normas, códigos e condições de acesso aos alimentos. A partir da disponibilidade do alimento, o gosto e o consumo são socialmente construídos, traduzindo-se em práticas alimentares diferenciadas nas diversas culturas e grupos sociais.

Convém observar que podem ser utilizados diferentes métodos para obtenção das informações dietéticas, como frequência alimentar e história alimentar, o registro alimentar de um, três, sete ou dez dias, recordatório alimentar de 24 horas, ou observação direta da ingestão alimentar. A escolha do método deve considerar o objetivo ou tipo de informação que se pretende conhecer (VASCONCELOS, 1995).

A história alimentar consiste na obtenção de informações sobre a ingestão alimentar, custo da alimentação e sua distribuição na família, hábitos e práticas alimentares ao longo de sua história de vida, envolvendo informações que podem ser tanto progressas quanto atuais. As informações podem ser obtidas em entrevista diretiva, ou seja, indagação direcionada sobre aceitação, intolerâncias, preferências, alergia alimentar, ou não diretiva, por meio do registro das informações relatadas pelo usuário durante a conversa.

Os diários ou registros da alimentação consistem do registro pelo próprio usuário dos alimentos e quantidades ingeridas em cada refeição durante um tempo delimitado (24 horas,

três, sete ou dez dias, ou qualquer outro período)². Na prática clínica, recomenda-se a solicitação de registro alimentar de pelo menos três dias, sendo dois dias habituais e pelo menos um dia de final de semana. A descrição do alimento envolve a preparação, os ingredientes e suas quantidades em cada prato, assim como a quantidade total ingerida.

No recordatório alimentar, pergunta-se ao usuário sobre o tipo, ingredientes, forma de preparação e quantidades de todos os alimentos consumidos nas diferentes refeições e horários respectivos, nas últimas 24 horas ou no dia anterior.

O questionário de frequência de alimentação pode ser qualitativo ou quantitativo, oferecendo informações a respeito dos padrões dietéticos. Utiliza-se como instrumento uma lista de alimentos, perguntando-se ao usuário a frequência com que ele consome cada alimento. No caso dos métodos semiquantitativos, também é indagado sobre porção média de consumo dos alimentos. Este método, por ser mais minucioso, facilita a identificação de todos os grupos de alimentos consumidos, além de fornecer informações sobre o consumo de óleo e de açúcar na família; porém é menos preciso quando comparado ao recordatório alimentar. A conjugação de dois ou mais métodos pode ser útil para diagnóstico completo da situação alimentar, porém, na prática clínica, o recordatório de 24 horas tem sido o método mais utilizado, pois possibilita a identificação pontual da alimentação cotidiana do usuário.

Neste momento, pode-se também conhecer hábitos cotidianos como o uso de fumo, (número de cigarros/dia; tempo de hábito tabagista; tipo de cigarro); uso de bebidas alcoólicas (tipo de bebida alcoólica consumida; quantidade e frequência); uso de drogas ilícitas (tipo, tempo e frequência).

A anamnese alimentar realizada de forma clara possibilita um planejamento nutricional mais adequado, flexível, que atenda aos hábitos, à necessidade e às possibilidades do usuário.

7) Realizar a avaliação antropométrica³

A avaliação antropométrica é recomendada para avaliar o estado nutricional de indivíduos, sendo adequada para diagnóstico e acompanhamento do sobrepeso e da obesidade, uma vez que as medidas antropométricas são coletadas por técnicas não invasivas que oferecem informações ou estimativas da composição corporal, muscular e reservas de gordura.

Na prática clínica, as medidas mais utilizadas são peso e altura/estatura. Os parâmetros para este diagnóstico variam de acordo com cada fase do curso de vida, conforme abordado no item de Diagnóstico Nutricional.

² Deve-se estar atento para as limitações deste método, tais como exigência de que o usuário tenha habilidade para o registro escrito das informações e treinamento prévio para o registro das porções.

³ Para aprofundar sobre os parâmetros utilizados, ver capítulo Diagnóstico Nutricional e as publicações do Ministério da Saúde intituladas: *Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde* (2011) e *Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional*, (2008).

8) Realizar diagnóstico clínico-nutricional

O diagnóstico clínico-nutricional deve ser realizado com base na análise conjunta de todas as informações descritas anteriormente, quais sejam: a história social, a história clínica e bioquímica individual e familiar, a anamnese alimentar, a avaliação antropométrica, os hábitos cotidianos como fumo, uso de bebida alcoólica e prática de atividade física.

Cabe lembrar que uma avaliação nutricional adequada exige também que se observe o bem-estar do usuário. A partir deste diagnóstico, deve-se identificar, com o usuário, os aspectos passíveis de modificações e as estratégias necessárias para a promoção de sua saúde.

9) Elaborar o plano alimentar individualizado

Em muitos casos, não é necessário o cálculo do VET na primeira consulta, deixando-o para a consulta subsequente. Para fortalecer o vínculo e reduzir o número excessivo de informações técnicas, é importante garantir na abordagem inicial apenas princípios e orientações básicas. Nesta situação, o profissional deve recomendar uma alimentação saudável, considerando a avaliação antropométrica, a anamnese alimentar, a história clínica e bioquímica e as queixas do usuário. Em muitos casos, apenas uma orientação alimentar já tem reflexos positivos na qualidade de vida.

As metas de emagrecimento devem ser acordadas. O profissional não deve ceder à pressão por uma dieta rigorosa para buscar o emagrecimento rápido. O ideal é trabalhar com a reeducação alimentar para que novos hábitos sejam incorporados ao cotidiano do usuário e de sua família. A reeducação alimentar deve ser gradativa, negociando as substituições alimentares, despertando novos prazeres, sugerindo alimentos, preparações saudáveis, mas também acessíveis, prazerosas e bonitas, considerando os aspectos econômicos, culturais e sensoriais do sabor e da aparência.

Geralmente, é comum o usuário trazer dietas com efeitos mágicos orientadas por amigos ou expostas na mídia. É necessário que o profissional esteja aberto a ouvir e a apontar as desvantagens destas dietas da moda.

O valor energético total (VET) recomendado será calculado com base na anamnese e nas metas pactuadas, ou seja, o quanto de redução de peso se espera. Assim, o cálculo da dieta deve diminuir do VET a quantidade calórica diária correspondente ao que se deseja atingir.

Cálculo do valor energético total (VET)

A determinação das necessidades energéticas de um indivíduo depende do seu metabolismo basal e de seu nível de atividade física diária e deve ser determinada a partir do gasto energético diário (OMS, 1985). A taxa metabólica basal (TMB) é definida como a energia mínima que mantém as funções vitais do organismo em estado de vigília e representa cerca de 50% a 70% do gasto energético diário.

A estimativa do requerimento energético calculado pode ser feita por meio da proposta do Instituto de Medicina, em 2005, que apresenta fórmulas para indivíduos com excesso de peso.

Recomendações mais antigas e clássicas sobre a determinação das necessidades energéticas, a TMB também pode ser estimada por equações preditivas, tais como as de Harris e Benedict, Henry e Rees e da FAO/OMS (OMS, 1985) e são encontradas no Anexo G. No entanto, inúmeros estudos têm apontado que a equação tradicional da FAO/OMS (OMS, 1985) apresenta resultados que superestimam as necessidades energéticas no obeso. Por isso, Duarte et al. (2005) sugerem a aplicação da fórmula da OMS revisada para estimar as necessidades energéticas em indivíduos obesos, seja no atendimento ambulatorial, domiciliar ou em consultório.

Para definição do valor energético do plano alimentar, propõe-se:

1 – Estimar as necessidades energéticas atuais, para adultos, a partir da equação do Instituto de Medicina, com base no peso atual (kg), na altura atual (metros), na idade (anos) e no fator atividade do indivíduo.

2 – Definir a redução calórica que se pretende para o plano alimentar. Para indivíduos com o IMC ≥ 30 kg/m², pode-se objetivar uma redução ponderal de 10% do peso atual. A programação do tempo que esta perda deve ocorrer dependerá, entre outras questões, do peso atual e do grau de obesidade. Considera-se saudável uma perda de peso de, no máximo, 0,5 kg por semana (OMS, 1995; 2003).

Deve-se ter em mente que nem sempre a perda de peso é o objetivo principal da intervenção. Para indivíduos com IMC de 25 kg/m² a 29,9 kg/m², a recomendação é promover a perda de peso, em longo prazo, de forma gradual, colocando a meta de peso dentro do limite do adequado (IMC <25 kg/m²). O acompanhamento deve evitar o ganho de peso e controlar os fatores de risco associados. Alguns destes indivíduos com sobrepeso podem apresentar relação cintura-quadril associada a riscos metabólicos, além de o sobrepeso ser o estágio que precede a obesidade. Deve-se também monitorar a relação cintura-quadril.

É importante ressaltar que o metabolismo necessita manter um ciclo de funcionamento adequado para facilitar o controle do peso. Desta forma, é contraindicada uma prescrição que proponha valor energético total diário menor que a taxa metabólica basal (TMB).

Uma redução calórica de aproximadamente 500 kcal/dia é considerada, muitas vezes, uma estratégia aceitável para se atingir a redução de peso necessária durante um tempo. Esta redução diária pode promover a diminuição em cerca de 500 g por semana (DUARTE et al., 2005).

Uma vez definidas as metas para a perda de peso, calcula-se a redução calórica a ser utilizada para a prescrição do plano alimentar, podendo ser utilizado para tal o método “VEMTA”. Neste método, considera-se que a ingestão calórica de 7.700 kcal abaixo das necessidades do indivíduo promoverá a perda de peso de 1 kg, ou seja, para a redução de 1 kg por mês, é necessário subtrair do VET diário 250 kcal. Para proceder ao cálculo, estima-se o total da perda de peso pactuado e o período previsto, calcula-se o total de energia que deverá ser restringido para a perda proposta e diminui-se o número de dias planejado, chegando-se à redução calórica diária. Este valor será subtraído do valor das necessidades energéticas, definidas de acordo com o peso atual, como

acima descrito. Desta forma, chega-se ao valor energético total diário (VET) para a perda de peso planejada.

O VET recomendado deverá ser distribuído em 55% a 75% de carboidratos, 15% a 20% de proteínas e 15% a 30% de lipídeos, distribuído ao longo do dia, em seis refeições (OMS, 2003).

Importante: O plano alimentar deve ser construído com o usuário conforme horários, hábitos alimentares e cotidiano de vida (trabalho, lazer, estudo), utilizando os diversos grupos de alimentos e a lista de substituição.

A lista de substituição dos alimentos é uma ferramenta que auxilia os usuários a compreenderem os grupos e os respectivos alimentos que os compõem, podendo, no dia-a-dia, tornar sua alimentação equilibrada e mais diversificada. Para melhor compreensão e autonomia do usuário, o profissional deve tentar explicá-la ao longo das consultas, respondendo às dúvidas e incluindo alimentos não previstos, mas que podem fazer parte dos hábitos alimentares (Anexo E).

Assim, além de explicar a lista de substituição de alimentos, o nutricionista deve orientar os usuários em relação ao planejamento da alimentação cotidiana, utilizando exemplos de cardápios e receitas saudáveis, orientações de compra, armazenamento e preparo dos alimentos, considerando, neste momento, as informações obtidas na história social (número de habitantes no domicílio, se a pessoa vive sozinha ou com a família, quem realiza as compras, condições de armazenamento, utensílios disponíveis como liquidificador, forno e geladeira).

Como forma de apoio, podem também ser utilizados, nas consultas individuais e nos grupos, materiais educativos (impressos), elaborados pelo serviço de Nutrição, que podem ser construídos em conjunto com a equipe ou com os usuários.

Como já foi dito anteriormente, da mesma maneira que uma alimentação saudável, a prática de atividade física é uma aliada na perda e na manutenção do peso. Além disso, ajuda a relaxar, a melhorar o humor, a disposição para as atividades diárias e a socialização. Desta forma, em todos os encontros com os usuários, deve ser reforçada a adoção de modos de viver ativos, incentivando o movimento corporal, quer seja em torno do lazer, esporte, jogos, dança, entre outros.

10) Finalizar consulta

É o momento de síntese, pequeno resumo do que foi conversado e pactuado. Este é um momento apropriado para convidar o usuário a participar de atividades em grupo, caso existam.

Agendar a próxima consulta individual subsequente, se possível em um intervalo de 15 dias, e as demais subseqüentes com um intervalo de 30 a 40 dias.

Caso seja necessário apoio especializado, referenciar para outros profissionais, serviços de Saúde ou outras instituições.

11) Registrar no prontuário e no sistema de informações

Destaca-se a importância do registro tanto no prontuário único como no sistema de informações local existente, como forma de dar visibilidade às ações desenvolvidas, de possibilitar

a continuidade do acompanhamento do usuário por outros profissionais e de valorização do profissional.

O prontuário é um documento legal destinado ao registro dos cuidados prestados por toda a equipe de Saúde. Deve constituir documento único, devidamente identificado, que concentre todas as informações relativas à saúde de cada usuário, de forma contínua e integrada, apresentando o diagnóstico, o tratamento e a sua evolução, identificando também situações de risco à saúde. É um meio eficiente de comunicação entre profissionais, possibilitando melhor atenção ao usuário. Por este motivo, as anotações devem ser inteligíveis (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 1999).

12) Consultas de acompanhamento

Os dados de história social, de anamnese alimentar, de avaliação antropométrica, clínicas e bioquímicas devem ser atualizados. O profissional deve acompanhar a evolução do estado nutricional e de saúde e a adesão à prescrição do plano alimentar. Deve-se conversar sobre as mudanças obtidas, as dificuldades encontradas, reorientando o plano em função dos novos dados.

Cabe também ao profissional utilizar como recurso o diário de registro alimentar, que deve ser entregue ao usuário (pode-se registrar o consumo alimentar em uma caderneta, caderno, bloco de anotações etc.) para que ele registre seu consumo em diferentes dias. Desta forma, a partir da autoavaliação, ele e o nutricionista poderão conhecer melhor a rotina alimentar. Um olhar sobre o que está sendo consumido no dia a dia pode trazer descobertas e reflexões ao usuário, abrindo caminho para transformações.

Nesta etapa, é necessário que o nutricionista interprete e converse sobre o registro, os hábitos, releia em conjunto o plano alimentar e o uso da lista de substituições e também oriente em relação ao preparo, sugerindo novas receitas práticas, hipocalóricas e agradáveis, tornando a alimentação um prazer. Destaca-se que o uso da lista de substituições nem sempre fica claro. Muitas vezes o usuário não consegue transformar a orientação em uma alimentação bonita, gostosa, prazerosa e saudável. As dúvidas devem ser esclarecidas em todos os contatos com o profissional.

O envolvimento da família neste processo é muito importante no apoio, no incentivo e na oferta dos gêneros que facilitem as escolhas alimentares, pois o incentivo à alimentação saudável é bom para todos.

Deve-se considerar que as mudanças das práticas alimentares são lentas e envolvem questões biopsicossociais. O profissional deve acolher, apoiar e incentivar o usuário para que ele não desista diante das dificuldades. *Faz-se necessário que o plano alimentar seja amplamente negociado a todo o momento. O objetivo é instrumentalizar para a sua autonomia, para manutenção de hábitos cotidianos saudáveis, dentro do equilíbrio possível e, conseqüentemente, de um peso saudável.*

Ao finalizar cada consulta, convém deixar claro que o profissional estará disponível para ajudá-lo neste processo. O agendamento de consultas subsequentes dependerá da disponibilidade em função da demanda do setor. Na impossibilidade de um acompanhamento individual mensal,

o profissional deve organizar um acompanhamento coletivo, que possibilitará, inclusive, uma troca maior de experiências.

Cabe ao nutricionista também a participação em interconsultas, dirigidas às diversas fases do curso da vida, de coordenação conjunta pela equipe (ver tópico Trabalho com Grupos).

Referências

BURLANDY, L. **Atuação do nutricionista em saúde coletiva**. [S.l.: s.n.], 2005. Mimeografado.

DUARTE, A. C. et al. **Síndrome metabólica: semiologia, bioquímica e prescrição nutricional**. Rio de Janeiro: Axcel Books do Brasil, 2005.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. **Textos de apoio em registros de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas**. Porto Alegre: Artmed, 1993.

_____. **Dieta, nutrição e prevenção de doenças crônicas**. Joint OMS/FAO Expert Consultation. Geneva: OMS, 2003. (WHO Technical Report Series, n. 916).

_____. **Energy and protein requeriment**. Geneva, 1985. (WHO Technical Report Series, n. 724).

SGAVIOLI, M. E. A avaliação crítica da relação paciente: profissional em um hospital de ensino. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 6, n. 1, p. 52-76, 1993.

VASCONCELOS, F. A. G. **Avaliação nutricional de coletividades: textos de apoio didático**. Florianópolis: Ed. UFSC, 1995.

Tratamento medicamentoso

9

Alguns casos, em que ocorrem sucessivos fracassos no sucesso do tratamento para perda de peso, faz-se necessário o uso de fármacos como coadjuvantes no tratamento. A escolha do tratamento deve se basear na gravidade do problema, na presença de complicações associadas, com base na melhor evidência científica disponível no momento e considerar os medicamentos disponibilizados pelo SUS.

O Brasil é um dos países com maiores índices de uso de medicamentos controlados para emagrecer; por isso, é importante orientar o paciente e prescrever o uso somente quando necessário. Esses medicamentos possuem sérios efeitos adversos que devem ser considerados em sua prescrição.

Quadro 19 – Medicamentos associados ao ganho de peso

Medicamentos associados a ganho de peso	
Psicofármacos	Antipsicóticos típicos – clorpromazina
	Antipsicóticos atípicos – risperidona, clozapina, olanzapina
	Estabilizadores de humor – lítio, ácido valproico, carbamazepina
	Antidepressivos tricíclicos – amitriptilina, imipramina, nortriptilina, mirtazapina
	Inibidores seletivos da receptação de serotonina – paroxetina
	Antiepiléticos – valproato de sódio
	Benzodiazepínicos – diazepam, alprazolam e flurazepam
Antidiabéticos	Insulina
	Sulfonilureias – glipizida, tolbutamida, clorpropamida
Hormônios	Corticosteroides
	Medroxiprogesterona

Fonte: CGAN/DAB/SAS.

Vários medicamentos podem ter efeito adverso no peso corporal por influenciarem tanto a ingestão alimentar quanto o gasto calórico/energético. Nesses casos, deve-se considerar medicamentos alternativos com menos impacto no ganho de peso.

Tratamiento
cirúrgico

10

Para grande parcela da população obesa, as tentativas de mudanças no estilo de vida culminam em fracassos recorrentes. Nestes obesos, os inúmeros tratamentos e a oscilação ponderal, além do potencial genético, agravam o quadro clínico. Sem qualidade de vida e com extrema instabilidade emocional, surge a busca por um tratamento definitivo, à qual a Medicina responde com intervenção cirúrgica: a cirurgia bariátrica (CARVALHO, 2002).

As cirurgias bariátricas, também conhecidas por cirurgias para obesidade mórbida, são um conjunto de técnicas cirúrgicas, com respaldo científico, com ou sem uso de órteses, voltadas para a redução do peso corporal e o tratamento de doenças que estão associadas e/ou que são agravadas pela obesidade (Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica – SBCBM).

Na organização da atenção ao portador de obesidade, a cirurgia bariátrica deve ser um recurso terapêutico ofertado com rigoroso critério pelos serviços de Atenção Hospitalar Especializada, após o insucesso em tratamentos anteriores nos âmbitos da Atenção Básica e da Atenção Ambulatorial Especializada. A indicação e a regulação do acesso a este procedimento no SUS devem seguir as normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde. Faz-se necessária a articulação entre as equipes de Atenção Básica, de Atenção Ambulatorial Especializada e de Atenção Hospitalar Especializada para garantir a estratificação de risco e organização da oferta de tratamento cirúrgico aos obesos mórbidos nos casos em que este procedimento for considerado necessário, incluindo todo o acompanhamento pré e pós-cirúrgico.

É importante destacar que, com o aumento do número de procedimentos nos últimos anos, evidenciou-se também o aumento do número de complicações tanto durante a cirurgia como no pós-operatório imediato e no pós-operatório tardio. São algumas das complicações: seromas, infecções cutâneas, atelectesia pulmonar, infecção urinária, esplenectomia, fístula gástrica, enterorragia, trombose venosa profunda, embolia pulmonar, pancreatite, peritonite, abscesso cavitário, entre outras. São mais raras, mas documentadas na literatura: doenças neurológicas, aparecimento de beribéri e obstruções gastrointestinais por fitobezoares (ou seja, obstruções por sementes, cascas, fibras, celulose ou frutas) (OLIVEIRA, 2007).

Quadro 20 – Diretrizes gerais para o tratamento cirúrgico da obesidade e acompanhamento pré e pós-cirurgia bariátrica

Ressalta-se que o tratamento cirúrgico é apenas parte do tratamento integral da obesidade, que é prioritariamente baseado na promoção da saúde e no cuidado clínico longitudinal, conforme descrito nesta portaria. O tratamento cirúrgico é indicado apenas em alguns casos, cujas indicações estão descritas abaixo; portanto, é apenas uma ação dentro do toda da linha de cuidado das pessoas com sobrepeso e obesidade.

1. Indicações para cirurgia bariátrica:

- a. Indivíduos que apresentem IMC ≥ 50 kg/m²;
- b. Indivíduos que apresentem IMC ≥ 40 kg/m², com ou sem comorbidades, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado, na Atenção Básica e/ou na Atenção Ambulatorial Especializada, por, no mínimo, dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos;
- c. Indivíduos com IMC >35 kg/m² e com comorbidades, como pessoas com alto risco cardiovascular, diabetes *mellitus* e/ou hipertensão arterial sistêmica de difícil controle, apneia do sono, doenças articulares degenerativas, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado por, no mínimo, dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos;

Os seguintes critérios devem ser observados:

I. Indivíduos que não responderam ao tratamento clínico longitudinal, que inclui orientação e apoio para mudança de hábitos, realização de dieta, atenção psicológica, prescrição de atividade física e, se necessário, farmacoterapia, realizado na Atenção Básica e/ou Atenção Ambulatorial Especializada por, no mínimo, dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos;

II. Respeitar os limites clínicos de acordo a idade. Nos jovens entre 16 e 18 anos, o tratamento cirúrgico não deve ser realizado antes da consolidação das epífises de crescimento nos jovens, as cirurgias poderão ser realizadas naqueles que apresentarem o escore-z maior que +4 na análise do IMC por idade, a avaliação deve incluir: a análise da idade óssea e a avaliação criteriosa do risco-benefício, realizada por equipe multiprofissional com participação de profissional especialista. Nos adultos com idade acima de 65 anos, deve ser realizada avaliação individual por equipe multiprofissional, considerando a avaliação criteriosa do risco-benefício, risco cirúrgico, presença de comorbidades, expectativa de vida e benefícios do emagrecimento;

III. Cardiológica, endocrinológica, pulmonar, gastroenterológica, anestésica). O indivíduo e seus responsáveis devem compreender todos os aspectos do tratamento e assumirem o compromisso com o segmento pós-operatório, que deve ser mantido por tempo a ser determinado pela equipe;

IV. Compromisso consciente do paciente em participar de todas as etapas da programação, com avaliação pré-operatória rigorosa (psicológica, nutricional, clínica).

2. Contraindicações para cirurgia bariátrica:

- a. Limitação intelectual significativa em pacientes sem suporte familiar adequado;
- b. Quadro de transtorno psiquiátrico não controlado, incluindo uso de álcool ou drogas ilícitas; no entanto, quadros psiquiátricos graves sob controle não são contraindicativos obrigatórios à cirurgia;
- c. Doença cardiopulmonar grave e descompensada que influencie a relação risco-benefício;
- d. Hipertensão portal, com varizes esofagogástricas; doenças imunológicas ou inflamatórias do trato digestivo superior que venham a predispor o indivíduo a sangramento digestivo ou outras condições de risco;
- e. Síndrome de Cushing decorrente de hiperplasia na suprarrenal não tratada e tumores endócrinos.

Outra questão que deve ser observada é a adequação dietética no pós-operatório. O tratamento cirúrgico da obesidade grave tem repercussões nutricionais, sendo necessárias reposições com suplementos vitamínicos, que nem sempre resultam em uma resposta adequada. Podem ocorrer desnutrição severa e deficiência proteica, anemia, deficiência de vitaminas e minerais e alopecia (OLIVEIRA, 2007). Pode haver também complicações digestivas como *dumping* (marcada por sintomas como mal-estar generalizado, tremor, náuseas e palpitações, podendo ser acompanhada de diarreia), colelitíase, oclusão intestinal e hérnias, entre outras (BRASIL, 2007b).

10.1 Atenção dietética na cirurgia bariátrica

10.1.1 Pré-operatório

No período pré-operatório, é fundamental que o paciente seja orientado sobre o programa a que ele será submetido. Durante o preparo, quando será assistido por equipe multiprofissional, são avaliados aspectos clínicos, psicológicos e nutricionais relacionados à condição de obesidade e que atendem aos critérios da cirurgia já mencionados (CARVALHO, 2002).

Nesta fase, é comum a oferta de plano de restrição calórica moderada visando ao emagrecimento, cuja adesão pode ser apoiada pelo uso de terapia medicamentosa. É importante que o candidato à cirurgia demonstre interesse pela sua alimentação, aprimorando suas atitudes em relação à disciplina alimentar e à seleção de alimentos, práticas que precisam ser mantidas após a cirurgia (CARVALHO, 2002).

Assim, configuram-se como objetivos deste período:

- Orientar o candidato à cirurgia.
- Reduzir o risco cirúrgico induzindo a perda ponderal.
- Estimular uma atitude adequada do obeso com a sua alimentação.

10.1.2 Pós-operatório

Em função do tipo de intervenção cirúrgica, é necessária uma evolução dietética diferenciada. As modificações com relação à consistência dos alimentos englobam não apenas a apresentação da dieta (alimentos ou preparações líquidos, pastosos e sólidos), como também fatores nutricionais que interferem no trabalho digestivo associado ao tipo de dieta, como teor de fibra, resíduos, gordura e tempo de cocção (CARVALHO, 2002).

A evolução dietética do obeso no período pós-cirurgia, fase a fase, relaciona-se à sua evolução para adaptação das anastomoses. Além disso, precisa ser individualizada segundo procedimentos do próprio serviço de Saúde. Comumente, alguns serviços realizam a evolução, que apresentaremos a seguir, dos tipos de dieta, segundo consistência, características e objetivos.

Quadro 21 – Evolução dietética no pós-operatório da cirurgia bariátrica

Tipo de dieta	Duração	Quantidade	Características	Objetivos
Dieta líquida restrita ou líquida de prova ou líquida clara	1 dia (em geral, no 3º dia pós-operatório)	De 20 ml a 50 ml por refeição (o equivalente a um copinho de café)	Alimentos líquidos à temperatura ambiente. Refrescos e chás (sem açúcar) e caldos de vegetais. Excluídos leites e derivados e sucos de fruta espessos. Servida em pequenas quantidades e em intervalos frequentes para suprir a necessidade hídrica.	Fornecer alimentos fluidos, facilmente absorvidos, com mínimo de estímulo e reduzidos em resíduos para avaliar a função digestiva após jejum pós-operatório.
Dieta líquida completa	Cerca de 1 mês	Cerca de 100 ml a 200 ml por refeição (3 colheres de sopa)	Alimentos líquidos à temperatura ambiente, incluindo mingaus, vitaminas, iogurtes e preparações mais elaboradas como sopas liquidificadas.	Evitar sobrecarga de volume e consistência e estímulos antes da adaptação completa das anastomoses.
Dieta semilíquida ou líquida pastosa	Variável. Dieta de transição.	Cerca de 100 ml a 200 ml por refeição (3 colheres de sopa)	Inclui todos os alimentos da líquida completa, além de sopas não liquidificadas e preparações mais consistentes (purês, arroz papa e carnes moídas ou desfiadas e liquidificadas).	Fornecer alimentos que não necessitem de mastigação e que sejam facilmente deglutidos e digeridos. Dieta de transição para aquelas de maior consistência e muitas vezes não incluída na evolução dietética do paciente.
Dieta pastosa	Cerca de 1 mês	De 150 g a 200 g por refeição (4 colheres de sopa)	Purês, papas ou cremes (suflês, arroz papa, feijão liquidificado, macarrão, carne moída, almôndega, frango desfiado, atum ralado, fígado moído, ovo cozido, frutas cozidas, amassadas ou raspadas, biscoitos amolecidos).	Oferecer alimentos que exijam o mínimo de mastigação e sejam de fácil trânsito e digestibilidade.

Continua

Tipo de dieta	Duração	Quantidade	Características	Objetivos
Dieta branda	Indeterminada, depende do nível de tolerância do paciente	Cerca de 200 g por refeição (4 a 5 colheres de sopa)	Alimentos de consistência normal, mas há restrição de fibras (com exclusão dos vegetais crus) e aumenta-se o tempo de cozimento. Sem frituras.	Fornecer dieta com apresentação natural e de mais fácil digestão, pela restrição de fibras e gorduras.
Dieta normal	-	De 200 g a 250 g por refeição (5 a 6 colheres de sopa)	Dieta completa, sem restrições.	Para pacientes que não dependem de modificações dietéticas, mantendo apenas o controle do volume e a adequação dos nutrientes.

Fonte: Adaptado de CARVALHO, 2002; MAHAN, 2002

10.2 O papel dos profissionais da Atenção Básica na cirurgia bariátrica

Como abordamos no item deste CAB sobre organização da atenção, cabe à Atenção Básica a responsabilidade pela coordenação do cuidado na RAS. Assim, também nos casos em que os indivíduos com obesidade mórbida sejam acompanhados pelos serviços especializados, é fundamental que as equipes de AB mantenham o vínculo com eles, inclusive durante o período pré e pós-operatório.

No período pré-operatório, a equipe de Referência e equipe de Apoio Matricial devem manter contato com a equipe de Atenção Especializada, para juntos apoiarem o indivíduo e sua família especialmente no que se refere à disciplina alimentar, um dos fatores essenciais para o sucesso da intervenção cirúrgica e para a perda ponderal de peso, e ao acompanhamento psicológico por meio da escuta qualificada sobre os aspectos subjetivos vinculados ao corpo obeso e todo o sofrimento psíquico e social que a obesidade comumente implica além de dar suporte aos indivíduos na preparação para a cirurgia.

Na fase pós-operatória, este acompanhamento compartilhado entre os profissionais da Atenção Básica e da Atenção Especializada deve ser mantido para potencializar a oferta dos cuidados aos pacientes recém-operados para a recuperação completa e gradual da sua função digestiva; aconselhar para evitar episódios de *dumping*; orientar para a finalização da evolução dietética, bem como o adequado balanceamento nutricional; e acompanhar a adesão à suplementação nutricional prescrita.

Nos casos em que a equipe de Atenção Especializada não se localize no mesmo município, a ferramenta de teleconsultoria pode ser utilizada para manter o contato com as equipes de referência e de apoio matricial da Atenção Básica.

Referências

CARVALHO, K. M. B. Obesidade. In: CUPPARI, L. **Guia de nutrição: nutrição clínica no adulto**. Barueri: Manole, 2002. p. 131-150.

160

OLIVEIRA, I. V. **Cirurgia bariátrica no âmbito do Sistema Único de Saúde: tendências, custos e complicações**. 89 f. 2007. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) ☒ Universidade de Brasília, 2007.

Bibliografia complementar

BRASIL. **Portaria nº 424, de 19 de março de 2013**. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. 2013. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/legislacoes-recentes/legislacoes/gm/119204-424.html>>. Acesso em: 17 jul. 2013.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1942, de 12 de fevereiro de 2010**. Altera a Resolução CFM nº 1.766, de 13 de maio de 2005, publicada no Diário Oficial da União em 11 de julho de 2005, Seção I, página 114, que estabelece normas seguras para o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, definindo indicações, procedimentos e equipe. Brasília, 2010. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2010/1942_2010.htm>. Acesso em: 17 jul. 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA. **Cirurgia bariátrica e metabólica: a cirurgia**. Disponível em: <<http://www.sbcbr.org.br/cbariatica.asp?menu=0>>. Acesso em: 31 ago. 2011.

Distúrbios alimentares:
bulimia, compulsão alimentar
e transtornos alimentares

11

Em nenhuma época o corpo magro e esbelto esteve tão em evidência como nos tempos atuais. O corpo nu ou vestido, exposto em diversas revistas femininas e masculinas, está “na moda”. Revistas semanais brasileiras realizam constantemente matérias de capa abordando temas como: dieta; medo de engordar; estar/entrar em forma; a ciência em prol da saúde e do corpo, indicando, primeiramente, que questões envolvendo, direta ou indiretamente o corpo – e mais precisamente como evitar o corpo gordo – vendem, encontrando leitores ávidos pelo tema (SUDO; LUZ, 2007).

Trata-se de uma “epidemia de culto ao corpo”, que se multiplica em uma população patologicamente preocupada com a estética corporal e, também, afetada por alterações psíquicas relacionadas à valorização da imagem do corpo. A tríade beleza, juventude e saúde está fortemente relacionada ao alcance do corpo idealizado que, no mundo moderno, torna-se objeto que merece trabalho constante do indivíduo sobre si mesmo, parecendo constituir uma “correção da obra da natureza” (SANTOS, 2007).

É deste modo que as práticas de emagrecimento vêm aumentando de forma alarmante, especialmente os transtornos alimentares, e isso começa a preocupar os especialistas, tornando-se importante problema de saúde pública (LEITE; PEREIRA, 2009).

Os transtornos alimentares (TAs) são desordens complexas, causadas e mantidas por diversos fatores sociais, psicológicos e biológicos (LEITE; PEREIRA, 2009). Estudos indicam que a maioria, mais de 90%, ocorre na população feminina, especialmente em função do fato de este grupo apresentar uma tendência de alcançar o peso “ideal” (DIETZ, 1990 apud NUNES et al., 2006). Os atuais padrões de beleza adotados, principalmente pela mulher, exercem forte pressão no desenvolvimento dos distúrbios alimentares, uma vez que a moda dita normas de magreza incompatíveis com os parâmetros de nutrição adequada (CASPER, 1990; NUNES et al., 2006).

Historicamente, os TAs acometiam prioritariamente mulheres das classes média e alta, de etnia branca. Todavia, com a disseminação da cultura do corpo magro e esbelto, observa-se que o desejo de ser magra se espalhou entre mulheres de todas as classes sociais (CARVALHO, 2008).

Em crianças e adolescentes, os TAs têm sido associados com baixa autoestima, solidão e ineficácia social, e esses sentimentos podem estar relacionados à disfunção familiar quando as necessidades emocionais da criança não estão sendo distinguidas em razão de problemas familiares (CASPER, 1995; IRWIN et al., 1997 apud NUNES et al., 2006). Em mulheres adultas, revela-se no desejo generalizado de um corpo mais magro. Estudo que avaliou a influência da percepção no peso corporal e no índice de massa corporal (IMC) no comportamento alimentar obteve como resultado a discrepância entre o real e o ideal: 46% das mulheres entre 12 e 29 anos queriam pesar menos, mas apenas 32% apresentavam sobrepeso ou obesidade. Das 38% que se consideravam gordas, 65% tinham IMC dentro da normalidade, o que reforça o ideal preconizado pela cultura (NUNES et al., 2006).

Não existem dados nacionais a fim de determinar com exatidão a prevalência dos transtornos alimentares, mas centros de atendimento especializados para portadores destes transtornos

consideram crescentes esses números e, também, em intensidade (NUNES et al., 2001). Córdas (2001), com base em dados epidemiológicos brasileiros recentes, estima que a anorexia nervosa afeta 0,5% das mulheres, a bulimia nervosa de 1% a 2%, e o transtorno do comer compulsivo está presente em 2% a 3% da população em geral, representando quase 30% dos obesos em tratamento.

164

Os TAs mais comuns são a anorexia nervosa, a bulimia nervosa e o transtorno da compulsão alimentar periódica, sendo transtornos de origem multifatorial que necessitam de avaliações e de abordagens que contemplem os vários aspectos envolvidos em sua origem e manutenção, os quais apresentaremos adiante (LEITE; PEREIRA, 2009).

11.1 Anorexia nervosa

Um dos principais transtornos alimentares, a anorexia nervosa, caracteriza-se pela perda de peso intensa à custa de dieta extremamente rígida em quase todos os casos, busca desenfreada pela magreza, distorção da imagem corporal e alterações do ciclo menstrual (CÓRDAS et al., 2004).

O aspecto psicopatológico da anorexia envolve a "busca implacável pela magreza e distorção da imagem corporal", descrita por Bruch (1973) como a "fobia de peso" e o "medo mórbido de engordar". Em 1994, Slade descreveu componentes visuais, cognitivos, afetivos e comportamentais no julgamento da imagem corporal, o qual também pode ser influenciado pela história pessoal, assim como por aspectos biológicos, culturais e sociais. Este autor considera que pacientes com transtornos alimentares não apresentam "distorção da imagem corporal fixa", mas uma imagem corporal incerta, instável e fraca, sentindo-se "gordos" na maior parte do tempo.

Diferentes métodos são utilizados pelos anoréxicos para emagrecer ou evitar o ganho de peso, o que classifica, portanto, os tipos de anorexia. Alguns pacientes conseguem perder peso por meio de restrição alimentar rígida e intensa (por vezes, envolvendo jejum), evitando alimentos com alto conteúdo calórico e, na maioria das vezes, com atividade física exagerada (exercícios e hiperatividade motora). Aliada a isso, a distorção da imagem corporal incentiva frequentes consultas ao espelho, examinando-se com a percepção de estar gordo ou de ter algumas partes do corpo com as formas aumentadas, recorrendo, por vezes, a roupas largas (CÓRDAS et al., 2004). Outros portadores da doença, além de controlar a dieta, induzem vômitos, tomam purgantes, fazem uso frequente de diuréticos ou de drogas anorexígenas, hormônios tireoidianos ou outras substâncias (BEAUMONT, 1995).

A maioria dos pacientes que utilizam métodos purgativos o faz em decorrência de episódios de compulsão alimentar, tentando compensar os riscos do ganho de peso. É comum a ingestão excessiva de água para facilitar a indução de vômitos. Os laxantes são usados ainda para provocar diarreia e prevenir a absorção de calorias, para os que não se mostram eficazes por promoverem a perda de peso apenas pela perda de água, não de gordura (BEAUMONT, 1995). Uma parte importante das anoréxicas purgadoras é, também, bulímica (CASPER et al., 1980; GARNER;

GARNER; ROSEN, 1993). Desenvolvem ainda estranhos rituais alimentares, como a medição precisa de líquidos ou recusa em comer na companhia de outras pessoas (CARVALHO, 2008).

Atualmente, os critérios diagnósticos vigentes para a anorexia nervosa consideram os principais sistemas classificatórios: a Classificação Internacional de Doenças, 10ª edição (CID-10), e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 4ª edição, texto revisado (DSM-IV-TR).

Quadro 22 – Critérios diagnósticos para anorexia nervosa segundo o DSM-IV e a CID-10

DSM-IV	CID-10
<p>1. Recusa em manter o peso dentro ou acima do mínimo normal adequado à idade e altura (por exemplo, perda de peso levando à manutenção do peso corporal abaixo de 85% do esperado, ou fracasso em ter o peso esperado durante o período de crescimento, levando a um peso corporal menor que 85% do esperado).</p> <p>2. Medo intenso de ganhar peso ou de se tornar gordo, mesmo com peso inferior.</p> <p>3. Perturbação no modo de vivenciar o peso, tamanho ou forma corporal; excessiva influência do peso ou na forma corporal na maneira de se autoavaliar; negação do peso corporal atual.</p> <p>4. Para mulheres, ausência de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos.</p> <p>Especificar tipos:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Restritivo: não há episódio de comer compulsivamente ou prática purgativa. – Compulsão periódica/purgativo: existe episódio de comer compulsivamente e/ou purgação. 	<p>1. Há perda de peso ou, em crianças, falta de ganho de peso; o peso corporal é mantido pelo menos 15% do esperado.</p> <p>2. A perda de peso é autoinduzida pela evitação de alimentos que engordam.</p> <p>3. Há uma distorção na imagem corporal, na forma de psicopatologia específica de pavor de engordar.</p> <p>4. Um transtorno endócrino generalizado envolvendo o eixo hipotálamo-hipófise-gônadas é manifestado em mulheres como amenorreia e em homens como perda de interesse e potência sexuais.</p> <p>5. Se o início é pré-puberal, a sequência de eventos da puberdade é demorada ou mesmo detida em meninos e meninas. Com a recuperação, a puberdade é completada normalmente, mas a menarca é tardia.</p>

Fonte: Adaptado de GALVÃO et al., 2006.

A anorexia nervosa acarreta, em geral, uma série de complicações orgânicas como queda de cabelo, pele seca, hipotensão arterial, intolerância ao frio, anemia, problemas renais, infertilidade, hipotermia, convulsões, indução de osteoporose severa em idade precoce, além de complicações emocionais, como depressão, desânimo e tristeza (CÓRDAS et al., 2004; CARVALHO, 2008).

As taxas de recuperação são variáveis, estimando-se que em torno de 30% a 40% se recuperam totalmente, não apresentando outros episódios da doença. Outros 30% a 40% têm evolução mediana, oscilando entre períodos de melhora e recidiva, podendo evoluir para a bulimia nervosa (CÓRDAS et al., 2004). O restante tem curso grave, com complicações físicas e psicológicas. Em função destas e da comum ocorrência de suicídios, a letalidade pode chegar a 20% (CÓRDAS et al., 2004; CARVALHO, 2008).

11.2 Bulimia nervosa

166

Outro transtorno alimentar reconhecido e de maior prevalência é a bulimia nervosa, caracterizada por grande e rápida ingestão de alimentos com sensação de perda do controle (episódios bulímicos), acompanhados de métodos compensatórios inadequados para o controle de peso, como o vômito autoinduzido, o uso de medicamentos, dietas e exercícios físicos. Drogas recentemente utilizadas para o tratamento da obesidade, assim como drogas ilícitas como a cocaína, também têm sido usadas recentemente por pacientes bulímicos (COCHRANE et al., 1998 apud CÓRDAS et al., 2004).

O início da doença é habitualmente mais tardio que a anorexia nervosa, ocorrendo comumente no final da adolescência e início da vida adulta, não havendo distinção nas diferentes classes sociais (CÓRDAS et al., 2004).

Geralmente, a história do paciente bulímico tem início com a excessiva preocupação em relação ao corpo e suas formas. A partir daí, tem início uma dieta com restrições a alimentos que possam engordar, mas sem a obstinação comum a anoréxicos. Com as mudanças do hábito alimentar, o paciente passa a sentir fome incontrolável e devora rapidamente tudo o que vê. Sente-se imediatamente culpado e até mesmo com mal-estar físico diante da quantidade ingerida, ocorrendo-lhe a ideia de induzir vômito para não engordar. Este comportamento lhe traz satisfação e alívio momentâneos. Ao aumentar a restrição, facilita novos episódios bulímicos, piora os vômitos, a ansiedade e a autoestima e transforma-se em um círculo vicioso (CÓRDAS et al., 2004).

Ao contrário do paciente anoréxico, o bulímico não tem o desejo de emagrecer cada vez mais. Em geral, apresenta-se com peso normal ou, em menor número de casos, com sobrepeso.

Os critérios diagnósticos da bulimia também seguem a CID-10 e o DSM-IV-TR.

Quadro 23 – Critérios diagnósticos para bulimia nervosa segundo o DSM-IV e a CID-10

DSM-IV	CID-10
<p>1. Episódios recorrentes de consumo alimentar compulsivo (episódios bulímicos) com as seguintes características:</p> <p>a. Ingestão em pequeno intervalo de tempo (cerca de 2 horas) de quantidade de alimentos claramente maior que o consumo habitual;</p> <p>b. Sensação de perda de controle sobre o comportamento alimentar durante os episódios (isto é, sensação de não conseguir parar de comer ou de controlar o que ou quanto está comendo).</p> <p>2. Comportamentos compensatórios inapropriados para prevenir ganho de peso, como vômito autoinduzido, abuso de laxantes, diuréticos ou outras drogas, dieta restrita ou jejum ou exercícios vigorosos.</p> <p>3. Episódios bulímicos e comportamentos compensatórios ocorrem, em média, 2 vezes por semana por, pelo menos, 3 meses.</p> <p>4. Autoavaliação é indevidamente influenciada pela forma e pelo peso corporal.</p> <p>5. O distúrbio não ocorre exclusivamente durante episódios de anorexia nervosa.</p> <p>Especificar tipos:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Purgativo: autoindução de vômitos, uso indevido de laxantes e diuréticos, enemas; – Sem purgação: prática de exercícios excessivos, jejuns. 	<p>1. Preocupação persistente com o comer e forte desejo ou sentimento de compulsão por comer.</p> <p>2. Paciente tenta neutralizar efeitos de “engordar” dos alimentos por meio de vômitos autoinduzidos, períodos de alternância de inanição e uso de drogas. Em pacientes diabéticos, pode haver negligência ao tratamento insulínico.</p> <p>3. Autopercepção de que se está muito gordo, com pavor intenso de engordar e com prática de exercícios excessivos ou de jejuns. Paciente coloca para si mesmo um limiar de peso nitidamente definido, bem abaixo de seu peso pré-mórbido que constitui o peso ótimo na opinião do médico. Há, frequentemente, mas não sempre, histórico de episódio de anorexia nervosa, expresso ou atenuado, com perda de peso moderada e/ou fase transitória de amenorreia.</p>

Fonte: Adaptado de GALVÃO et al., 2006.

São complicações clínicas mais comuns do portador de bulimia: calosidade no dorso da mão pela lesão da pele com os dentes (sinal de Russel); erosão do esmalte dentário (em função dos vômitos); irregularidade menstrual; e desidratação (CÓRDAS et al., 2004).

11.3 Transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP)

Até o momento, o diagnóstico mais pesquisado é o transtorno de compulsão alimentar periódica (TCAP), descrito como “episódios recorrentes de compulsão alimentar na ausência de uso regular de comportamentos compensatórios inadequados característicos da bulimia nervosa” (American Psychiatric Association, 2000).

O perfil de portadores do TCAP inclui pacientes com maior índice de massa corporal (IMC), maior consumo calórico, histórico de oscilações de peso rápidas, mais dificuldades em perder

peso, acentuada insatisfação com o corpo, pior imagem corporal e, ainda, maior distância entre o peso desejado e o real (GALVÃO et al., 2006).

As pessoas que apresentam o transtorno do comer compulsivo têm ataques bulímicos repetidos, mas não evidenciam as medidas patológicas de controle de peso que os pacientes com bulimia nervosa utilizam, como os comportamentos compensatórios (vômitos, abuso de laxativos, exercício físico excessivo). Durante o episódio, o indivíduo sente como se não tivesse nenhuma possibilidade de controlar sua atitude compulsiva alimentar e, após o episódio, refere desconforto psicológico (BERNARDI; CICHELERO; VITOLO, 2005).

11.4 O papel da Atenção Básica nos transtornos alimentares

As metas do tratamento dos TAs incluem regularização do padrão alimentar, suspensão das práticas purgativas, restritivas e orientação nutricional, além do tratamento psicológico e psiquiátrico. O tratamento deve ser feito por equipe multidisciplinar especializada, composta por psiquiatra, terapeuta, nutricionista, assistente social, enfermeiro, cirurgião-dentista e psicólogo, sendo possível o envolvimento de outros profissionais.

A Atenção Básica tem um papel importante que compreende a identificação dos casos de Transtorno Alimentar. Em alguns casos, o médico pode diagnosticar e encaminhar os casos para tratamento especializado. Há de se considerar a importância que a equipe de AB, em conjunto com o Nasf, assumem no encaminhamento a centros de atendimento especializados, que dispõem de equipe multiprofissional treinada e habilitada para o manejo destes distúrbios. O trabalho dos profissionais que atuam no Nasf pressupõe ainda a definição de critérios para o encaminhamento a outros pontos da rede de assistência à saúde (BRASIL, 2010).

A atuação do Nasf neste contexto pode ainda remeter ao uso do recurso Projeto Terapêutico Singular (PTS), entendido como uma variação da discussão de "casos clínicos", e que pressupõe o envolvimento de diversos saberes, pela equipe, para traçar estratégias com o portador de TA segundo os recursos da equipe, da família, do território e do próprio sujeito (BRASIL, 2010).

Assim, ressaltamos a importância que a Atenção Básica assume no rastreamento dos TAs nas comunidades. A compreensão de seus conceitos, bem como sinais clínicos e o reconhecimento da necessidade da referência a centros especializados como os hospitais com ambulatório psiquiátrico e os Centros de Atenção Psicossocial (Caps), quando presentes no território, contribuindo para o melhor encaminhamento nesses casos.

Ações educativas voltadas ao esclarecimento dos indivíduos e comunidades acerca dos TAs também podem ser estimuladas. Essas iniciativas têm como objetivo reduzir a incidência da doença, enfocando nos fatores de risco, especialmente para populações mais vulneráveis como adolescentes e adultos jovens.

11.5 Instrumentos para avaliação dos transtornos alimentares

No Brasil, o progressivo aumento de interesse nesse campo suscitou o desenvolvimento de instrumentos que permitissem a mensuração adequada e cada vez mais abrangente dos TAs em nosso contexto cultural. Esse interesse vem se refletindo no desenvolvimento crescente do número de instrumentos em processo de tradução ou traduzidos e validados para a população brasileira, propiciando uma abordagem epidemiológica mais apropriada e a obtenção de informações relevantes sobre a real situação dos TAs no País (FREITAS, 2006).

Por serem transtornos de origem multifatorial, a anorexia nervosa, a bulimia nervosa e o transtorno da compulsão alimentar periódica necessitam de avaliações e abordagens que contemplem os vários aspectos envolvidos em sua gênese e manutenção. Assim, a aplicação de instrumentos que avaliam as comorbidades (especialmente sintomas depressivos e ansiosos, transtorno obsessivo-compulsivo, da personalidade e do controle de impulsos), a imagem corporal, a qualidade de vida e a adequação social, além daqueles usados para rastreamento ou diagnóstico do transtorno em si, será de grande utilidade para a elaboração de estratégias de tratamento mais adequadas, que poderão melhorar os indicadores de sucesso terapêutico (FREITAS, 2006).

Diante do papel que os profissionais da Atenção Básica assumem no rastreamento dos transtornos alimentares na comunidade, optamos por apresentar aqui dois instrumentos de rastreamento para apoiar a atuação destes profissionais. O primeiro deles, o *Teste de Atitudes Alimentares* ou *Eating Attitudes Test* (EAT), elaborado por Garner e Garfinkel em 1979, foi traduzido e validado no Brasil por Nunes e colaboradores, e pode ser usado no rastreamento de indivíduos suscetíveis ao desenvolvimento de anorexia ou bulimia nervosas (Anexo N). O teste EAT indica a presença de padrões alimentares anormais, mas não revela o diagnóstico preciso. Um escore superior a 21 é sugestivo de padrão alimentar anormal (FREITAS, 2006).

Para rastreamento do TCAP em indivíduos obesos que procuram tratamento para emagrecer, foi adaptada e validada a *Escala de Compulsão Alimentar Periódica (Ecap)*, que indicam sua utilização, no ponto de corte 17, para presença ou ausência de compulsão alimentar nestes indivíduos (Anexo O). Não se trata, portanto, de instrumento diagnóstico, cuja investigação deverá ser realizada por equipe qualificada para tal, mas permite a elaboração de estratégias terapêuticas mais adequadas e avaliação sequencial do tratamento nesse subgrupo de obesos (FREITAS, 2006).

Referências

170

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders: text review – DSM-IV-TR**. Washington DC, 2000.
- BEAUMONT, P. J. V. The clinical presentation of anorexia and bulimia nervosa. In: BROWNELL, K. D.; FAIRBURN, C. G. **Eating disorders and obesity**. New York: Guilford, 1995. p. 151-158.
- BERNARDI, F.; CICHELERO, C.; VITOLO, M. R. Comportamento de restrição alimentar e obesidade. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 18, n. 1, p. 85-93, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- BRUCH, H. **Eating disorders: obesity, anorexia nervosa and the person within**. New York: Basic Books, 1973.
- CARVALHO, R. J. M. A moda das dietas e suas repercussões no comportamento alimentar das mulheres. **Pleiade**, [S.l.], v. 2, n. 2, p. 59-74, 2008.
- CASOTTI, L. M. **Comportamento do consumidor de alimentos: um estudo de hábitos e percepções no Rio de Janeiro**. 2000. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.
- CASPER, R. C. et al. Bulimia: its incidence and clinical importance in patients with anorexia nervosa. **Arc. Gen. Psychiatry**, [S.l.], v. 37, p. 1030-1035, 1980.
- CASPER, R. C. Personality features of women with good outcome from restricting anorexia nervosa. **Psychosomatic Medicine**, [S.l.], v. 52, n. 2, p. 156-170, Mar./Apr. 1990.
- CÓRDAS, T. A. et al. Os transtornos alimentares e a evolução no diagnóstico e tratamento. In: PHILIPPI, S. T.; ALVARENGA, M. **Transtornos alimentares: uma visão nutricional**. Barueri: Manole, 2004.
- CÓRDAS, T. A. Transtornos alimentares em discussão. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1-14, 2001.
- FREITAS, S. R. Instrumentos para a avaliação dos transtornos alimentares. In: NUNES, M. A et al. **Transtornos alimentares e obesidade**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 241-248.
- GALVÃO, A. L. et al. Aspectos históricos e evolução do diagnóstico. In: NUNES, M. A. et al. **Transtornos alimentares e obesidade**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 31-50.
- GARNER, D. M; GARNER, M. V; ROSEN, L. W. Anorexia nervosa “restricters” who purge: implications for subtyping anorexia nervosa. **Int. J. Eating. Disord.**, [S.l.], v. 13, n. 2, p. 171-185, 1993.
- LEITE, M. O; PEREIRA, M. C. G. Transtornos alimentares e conceitos socioculturais. **Saúde Rev**, [S.l.], v. 11, n. 28/29, p. 49-55, maio/dez. 2009.
- NUNES, M. A. et al. Influência da percepção do peso e do índice de massa corporal nos comportamentos alimentares anormais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 21-27, 2001.

NUNES, M. A. et al. **Transtornos alimentares e obesidade**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

SANTOS, L. A. S. Os programas de emagrecimento na internet: um estudo exploratório. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 353-372, 2007.

SLADE, P. D. What is body image? **Behav. Res. Ther.**, [S.l.], v. 32, n. 5, p. 497-502, 1994.

SUDO, N.; LUZ, M. T. O gordo em pauta: representações do ser gordo em revistas semanais. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 12, n. 4, p. 1033-1040, 2007.

Bibliografia complementar

AZEVEDO, A. P.; SANTOS, C. C.; FONSECA, D. C. Transtorno da compulsão alimentar periódica. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, [S.l.], v. 31, n. 4, p. 170-172, 2004.

BERNARDI, F.; CICHELERO, C.; VITOLO, M. R. Comportamento de restrição alimentar e obesidade. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 18, n. 1, p. 85-93, 2005.

CLAUDINO, A. M.; BORGES, M. B. F. Critérios diagnósticos para os transtornos alimentares: conceitos em evolução. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, [S.l.], v. 24, n. 3, p. 7-12, dez. 2002.

COCHRANE, C.; MALCOLM, R.; BREWERTON, T. The role of weight control as motivation for cocaine abuse. **Addictive Behaviors**, [S.l.], v. 23, p. 201-207, 1998.

DUCHESNE, M.; ALMEIDA, P. E. M. Terapia cognitivo-comportamental dos transtornos alimentares. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, [S.l.], v. 24, n. 3, p. 49-53, dez. 2002.

DUCHESNE, M.; APPOLINÁRIO, J. C. Tratamento dos transtornos alimentares. In: RANGÉ, B. (Org.). **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria**. Porto Alegre: Artmed, 2001. p. 317-331.

FREITAS, S. R. et al. Tradução e adaptação para o português da Escala de Compulsão Alimentar Periódica. **Rev. Brasil. Psiquiatr.**, [S.l.], v. 23, n. 4, p. 215-220, 2001.

GARCIA, R. W. D. Um enfoque simbólico do comer e da comida nas doenças. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 5, n. 1, p. 70-80, jan./jun. 1992.

GARNER, D. M.; GARKINFEL, P. E. The eating attitudes test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. **Psychol. Med.**, [S.l.], v. 9, n. 2, p. 273-279, May 1979.

HERSCOVICI, C. R. **A escravidão das dietas: um guia para reconhecer e enfrentar os transtornos alimentares**. Porto Alegre: Artmed: 1997.

SANTOS, L. A. S. Os programas de emagrecimento na internet: um estudo exploratório. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 353-372, 2007.

STRASBURGER, Victor C.; JORDAN, Amy B.; DONNERSTEIN, Ed. Health effects of media on children and adolescents. **Pediatrics**, v. 125, n. 4, p. 756-767, 2010.

Mitos e tabus sobre dietas da moda

12

Na tentativa de redução de peso e controle da obesidade, tem surgido, nos últimos anos, vasta oferta de dietas que prometem perda de peso rápida, emagrecimento sem sacrifícios ou eleição de alguns alimentos como vilões, dissociadas da mudança de hábito alimentar e da prática de atividade física, condições estas obrigatórias para a perda de peso saudável.

As dietas da moda podem ser definidas como padrões de comportamento alimentar não usuais adotados entusiasticamente por seus seguidores. Segundo Longo e Navarro (2005, apud BETONI et al., 2010), podem ser chamadas dessa forma porque são práticas alimentares populares e temporárias, que promovem resultados rápidos e atraentes, mas carecem de um fundamento científico.

A aderência a dietas da moda é alta inicialmente, porém a continuidade não é mantida em longo prazo pelo fato de não retratarem o cotidiano das pessoas. Normalmente, preconizam a adoção de hábitos alimentares que não condizem com a realidade do indivíduo, não sendo possíveis de serem sustentados. O maior problema reside no fato de criarem expectativas irreais tanto quanto a velocidade de perda de peso quanto à quantidade de peso perdido. O sucesso das dietas da moda é atribuído especialmente à motivação inicial das pessoas pelo contato com algo novo e aos fracassos das tentativas anteriores (LOTTENBERG, 2006).

As dietas propostas frequentemente levariam a deficiências nutricionais se conduzidas por um longo período. Todavia, os riscos potenciais à saúde são raramente percebidos porque são usualmente abandonadas ao longo de poucas semanas (LAQUATRA, 2002).

Normalmente, o fracasso do tratamento é atribuído ao método que foi utilizado para a perda de peso; assim, quando o resultado não é o esperado, troca-se por outro com muita facilidade. Por este motivo, as pessoas procuram sempre por novas fórmulas para emagrecer, uma vez que a utilizada não corresponde ao resultado aguardado. Assim, a aceitação de novas propostas é muito rápida e, transitoriamente, alimentam a ilusão de que induzirão perda de peso com ausência de sacrifício (LOTTENBERG, 2006).

Entre as dietas da moda mais conhecidas, a mais famosa é a do Dr. Atkins, proposta na década de 1970, rica em proteínas e gorduras e pobre em carboidratos. A proposta da dieta é a restrição total de carboidratos até o ponto em que a gordura corporal seja mobilizada e utilizada como fonte energética. Revisões sistemáticas citadas por Dyson (2010) apresentaram que não houve diferença na perda ponderal ao longo de seis semanas de realização desta dieta. A *dieta de Atkins* também é considerada de baixa adesão, em função do fato de ser extremamente restritiva. Além disso, estudos clínicos e experimentais publicados nos últimos anos demonstram o efeito deletério do consumo excessivo de gorduras, especialmente no que se refere ao maior risco de doença cardiovascular, com possível aumento da mortalidade (LOTTENBERG, 2006; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA, 2009; DYSON, 2010; FUNG et al., 2010).

Dietas pobres em gorduras ou muito pobres em gorduras, ricas em carboidratos e moderadas em proteínas foram historicamente desenvolvidas para prevenir doença cardiovascular, com efeitos significativos no tratamento e prevenção da obesidade e da diabetes *mellitus* tipo 2. Um dos seus idealizadores é o Dr. Ornish e sua dieta baseia-se no consumo de gordura insaturada,

frutas, vegetais, cereais e grãos integrais. Apesar do efeito positivo na perda de peso, há pouca evidência de que esta seja mais efetiva que outras estratégias dietéticas (BETONI et al., 2010; DYSON, 2010).

Outra dieta conhecida é a *dieta do tipo sanguíneo*, proposta por D'Adamo, e que se fundamenta na relação entre o tipo sanguíneo e a dieta. Segundo o autor, indivíduos com grupo sanguíneo do tipo O se dão bem com exercícios físicos intensos e podem consumir proteínas de origem animal, com restrição ao consumo de cereais, pães, leguminosas e feijões. Indivíduos do tipo sanguíneo A devem adotar dieta vegetariana. Já a dieta do tipo sanguíneo B deve ser a mais variada de todos os tipos sanguíneos, com apenas alguns alimentos a serem evitados. Finalmente, pessoas do tipo sanguíneo AB devem seguir dieta baseada nos benefícios e intolerâncias dos tipos sanguíneos A e B (BETONI et al., 2010).

Um tipo de estratégia comum no Brasil é o uso de substitutos de refeições, na forma de shakes líquidos, sopas (*dieta da sopa, dieta da lua*) ou barras, que substituem uma ou duas refeições diárias. Meta-análise relatou que, em parte, essas estratégias provocam perda de peso superior à restrição energética, com perda ponderal média de 2 kg a 3 kg. Todavia, apresentam baixo seguimento ao longo do tempo (MAHAN; ESCOTT-STUMP, 2002; BETONI et al., 2010).

A *dieta mediterrânea* caracteriza-se por alto consumo de azeite de oliva, frutas e hortaliças, e reduzida ingestão de gorduras saturadas. Pesquisas epidemiológicas citadas por Dyson (2010) sugeriram que os indivíduos que adotaram esta dieta tinham menor tendência à obesidade, com efetiva redução do peso corporal. Foram relatados, ainda, efeitos positivos na prevenção do risco cardiovascular, independente da perda de peso. Do ponto de vista científico, é a única dieta com evidências de resultados benéficos à saúde: redução da mortalidade por doenças cardiovasculares e redução da hiperglicemia (DE LORGERIL et al., 1996; ESPOSITO et al., 2009 apud ALLAN; IVERS; SHARMA, 2011).

Dietas de valor calórico muito reduzido (cerca de 800 kcal) também têm se popularizado pela rápida perda de peso, mas apresentam riscos à saúde e devem ser indicadas somente sob supervisão de equipe multidisciplinar. Sua realização deve ser precedida de duas a quatro semanas por dieta balanceada para adaptação do organismo à privação calórica. Sua efetiva realização acontece num período entre 12 a 16 semanas, com monitoramento constante, seguidas de período de realimentação gradual de duas a quatro semanas, de reintrodução lenta dos alimentos para prevenir rápido ganho de peso por ingestão de líquidos. O reganho de peso é mais rápido do que outras intervenções dietéticas e não há diferença ponderal depois de um ano (TSAI; WADDEN, 2006; Marinilli PINTO et al., 2008). Este tipo de estratégia parece ser efetivo na perda ponderal de portadores de diabetes *mellitus* tipo 2 (LAQUATRA, 2002; MAHAN; ESCOTT-STUMP, 2002).

Outras práticas da moda incluem a dieta dos pontos, dieta da ração humana, dieta à base de água e ovo cozido, dieta do jejum – ficar sem jantar, entre outras tantas divulgadas em revistas, jornais e *sites* de internet, todas temporárias e sem indução da mudança do comportamento alimentar.

Independentemente do tipo de dieta adotada, o prognóstico de manutenção da perda de peso é muito ruim. Entre os indivíduos que perdem peso, somente 5% se controlam para impedir

o reganho de peso ao final de cinco anos. Entre as dificuldades na manutenção do peso perdido, destaca-se o efeito ioiô provocado pela redução e ganho de peso. A cada ciclo, torna-se mais difícil de o indivíduo perder peso. Além disso, o reganho de peso é mais rápido e os indivíduos que perderam peso precisam manter uma ingestão energética reduzida, mesmo após alcançar a perda de peso desejada (LAQUATRA, 2002).

É importante destacar que as dietas da moda não consideram necessidades nutricionais individuais e, dependendo do tempo de realização, podem representar risco a populações vulneráveis como gestantes, nutrizes, crianças e adolescentes, além de indivíduos com fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares.

A preocupação da sociedade atual pela perda e controle de peso leva à busca de dietas por meio dos diversos meios de comunicação. Por isso, é fundamental que o profissional de Saúde oriente para os riscos e os “falsos” benefícios da adoção destas práticas, que não contribuem para as mudanças necessárias, e incentive a modificação gradual e sustentável de hábitos de vida que levam a um melhor controle do peso.

Referências

ALLAN, G. M.; IVERS, N.; SHARMA, A. M. Diets for weight loss and prevention of negative health outcomes. **Canadian Family Physician: Le Médecin de famille canadien**, [S.l.], v. 57, n. 8, p. 894-895, aug./out. 2011.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA. **Diretrizes Brasileiras de Obesidade 2009/2010**. 3. ed. Itapevi: Ac. farmacêutica, 2009.

BETONI, F. et al. Avaliação de utilização de dietas da moda por pacientes de um ambulatório de especialidades em nutrição e suas implicações no metabolismo. **Com Scientiae Saúde**, [S.l.], v. 9, n. 3, p. 430-440, 2010.

DE LORGERIL, M. et al. Effect of a Mediterranean type of diet on the rate of cardiovascular complications in patients with coronary artery disease insights into the cardioprotective effect of certain nutriments. **Journal of the American College of Cardiology**, [S.l.], v. 28, n. 5, p. 1103-1108, 1996.

DYSON, P. A. The therapeutics of lifestyle management of obesity. **Diabetes, Obesity and Metabolism**, [S.l.], v. 12, p. 941-946, 2010.

FUNG, T. T. et al. Low-carbohydrate diets and all cause and cause-specific mortality: two cohort studies. **Ann. Intern. Med.**, [S.l.], v. 153, n. 5, p. 289-298, sep. 2010.

LAQUATRA, I. Nutrição no controle do peso. In: MAHAN, L. K.; ESCOTT-STUMP, S. **Alimentos, nutrição e dietoterapia**. 10. ed. São Paulo: Roca, 2002.

LOTTENBERG, A. M. P. Tratamento dietético da obesidade. **Einstein**, São Paulo, v. 4, n. 1, p. S23-S28, 2006. Suplemento 1.

MAHAN, L. K.; ESCOTT-STUMP, S. **Alimentos, nutrição e dietoterapia**. 10. ed. São Paulo: Roca, 2002.

MARINILLI PINTO, A. et al. Successful weight-loss maintenance in relation to method of weight loss. **Obesity**, [S.l.], v. 16, n. 11, p. 2456-2461, 2008.

TSAI, A. G.; WADDEN, T. A. The evolution of very-low-calorie diets: an update and meta-analysis. **Obesity**, [S.l.], v. 14, n. 8, p. 1283-1293, 2006.

Apêndice

Apêndice A – Indicadores para a linha de cuidado das pessoas com excesso de peso

Indicador	Método de Cálculo	Fonte	Observação
Proporção de pessoas cadastradas com excesso de peso identificado	Número de pessoas com excesso de peso identificado por avaliação antropométrica, em determinado local e período. Número de pessoas com avaliação antropométrica no mesmo local e período x 100	Mapa de atendimento do sistema de coleta de dados simplificada do sistema de informação vigente (numerador e denominador)	Este indicador deve ser estratificado por faixas etárias: menores de 5 anos, de 5 a 9 anos, adolescentes (10 a 19 anos), adultos (20 a 59 anos), gestantes, idosos (60 anos e mais). Há a possibilidade de estratificação por sobrepeso e obesidade, sendo que no adulto ainda é possível estratificar pelo grau de obesidade (grau I, II ou III). As metas para este indicador devem ser pactuadas a partir das prevalências de inquéritos atualizados.
Proporção de adultos com obesidade identificada com rastreamento de risco cardiovascular	Número de adultos com obesidade identificada por avaliação antropométrica, com rastreamento de risco cardiovascular em determinado local período. Número de usuários com obesidade identificada por avaliação antropométrica no mesmo local e período x 100	Mapa de atendimento do sistema de coleta de dados simplificada do sistema de informação vigente (numerador e denominador)	Obesidade: IMC ≥ 30 kg/m ²

<p>Proporção de adultos com obesidade graus I e II com comorbidade</p>	<p>Número de adultos com obesidade graus I e II identificada por avaliação antropométrica e com comorbidade em determinado local período. Número de pessoas com avaliação antropométrica no mesmo local e período x 100</p>	<p>Cadastro individual e mapa de atendimento do sistema de coleta de dados simplificada do sistema de informação vigente (numerador) e mapa de atendimento do sistema de coleta de dados simplificada do sistema de informação vigente (denominador)</p>	<p>Serão consideradas comorbidades as pessoas com diabetes <i>mellitus</i> e hipertensão arterial sistêmica.</p>
<p>Taxa de internações por cirurgia bariátrica na população entre 16 e 65 anos</p>	<p>Número de internações por cirurgia bariátrica na população com idade entre 16 e 65 anos, em determinado local e período. População com idade entre 16 e 65 anos no mesmo local e período x 1.000</p>	<p>Sistema de Informação Hospitalar (SIH) – procedimentos 04.07.01.012-2; – gastrectomia com e sem desvio duodenal. 04.07.01.036-0 – gastrectomia vertical em manga (sleeve). 04.07.01.017-3 – gastroplastia com derivação intestinal e. 04.07.01.018-1 – gastroplastia vertical com banda (numerador) e Censo do IBGE (denominador)</p>	
<p>Tempo médio de internação por cirurgia bariátrica</p>	<p>Número total de dias de internação por cirurgia bariátrica. Número total de internações por cirurgia bariátrica</p>	<p>Sistema de Informação Hospitalar (SIH) –procedimentos: 04.07.01.012-2 – gastrectomia com e sem desvio duodenal. 04.07.01.036-0 – gastrectomia vertical em manga (sleeve). 04.07.01.017-3 – gastroplastia com derivação intestinal e. 04.07.01.018-1 – gastroplastia vertical com banda (numerador e denominador)</p>	

<p>Taxa de internações por intercorrência clínica pós-cirurgia bariátrica</p>	<p>Número de internações por intercorrência clínica pós-cirurgia bariátrica, em determinado local e período. Número de internações por cirurgia bariátrica, no mesmo local e período x 1.000</p>	<p>Sistema de Informação Hospitalar (SIH) – procedimentos. 03.03.07.013-7 – tratamento por intercorrência clínica pós-cirurgia bariátrica (numerador). 04.07.01.012-2 – gastrectomia com e sem desvio duodenal. 04.07.01.036-0 – gastrectomia vertical em manga (sleeve). 04.07.01.017-3 – gastroplastia com derivação intestinal e. 04.07.01.018-1 – gastroplastia vertical com banda (denominador)</p>	
<p>Taxa de internações por intercorrência cirúrgica pós-cirurgia bariátrica</p>	<p>Número de internações por intercorrência cirúrgica pós-cirurgia bariátrica, em determinado local e período. Número de internações por cirurgia bariátrica, no mesmo local e período x 1.000</p>	<p>Sistema de Informação Hospitalar (SIH) – procedimentos: 04.07.01.037-8 – tratamento por intercorrência cirúrgica pós-cirurgia bariátrica (numerador). 04.07.01.012-2 – gastrectomia com e sem desvio duodenal. 04.07.01.036-0 – gastrectomia vertical em manga (sleeve). 04.07.01.017-3 – gastroplastia com derivação intestinal e. 04.07.01.018-1 – gastroplastia vertical com banda (denominador)</p>	

Anexos

ANEXO B – Critérios de Tanner para a avaliação do desenvolvimento puberal feminino e masculino

Sexo feminino

Estágios de desenvolvimento das mamas



Estágio 1
Mamas infantis (M1)



Estágio 2
O broto mamário forma-se com uma pequena saliência com elevação da mama e da papila e ocorre o aumento do diâmetro areolar. Melhor visualizar lateralmente. (M2)



Estágio 3
Maior aumento da aréola e da papila sem separação do contorno da mama. (M3)



Estágio 4
Aumento continuado e projeção da aréola e da papila formando uma segunda saliência acima do nível da mama. (M4)



Estágio 5
Mama com aspecto adulto, com retração da aréola para o contorno da mama e projeção da papila. (M5)

Estágios de desenvolvimento dos pelos pubianos



Estágio 1
Ausência de pelos, ou pelagem natural. (P1)



Estágio 2
Pelos iniciam-se com uma pelagem fina, longa, um pouco mais escura, na linha central da região pubiana. (P2)



Estágio 3
Pelos em maior quantidade, mais escuros e mais espessos, e discretamente encaracolados, com distribuição em toda a região pubiana. (P3)



Estágio 4
Pelos do tipo adulto, encaracolados, mais distribuídos, e ainda em pouca quantidade. (P4)



Estágio 5
Pelos tipo adulto, com maior distribuição na região pubiana, e na raiz da coxa. (P5)

Sexo masculino

Estágios de desenvolvimento da genitália



Estágio 1

Genitália pré-puberal ou infantil,



Estágio 2

Aparece um afinamento e hipervascularização da bolsa escrotal, e aumento do volume testicular sem aumento do tamanho do pênis. (G2)



Estágio 3

Ocorre aumento da bolsa escrotal e do volume testicular, com aumento do comprimento do pênis. (G3)



Estágio 4

Maior aumento e hiperpigmentação da bolsa escrotal, maior volume testicular com aumento do pênis em comprimento e diâmetro, e desenvolvimento da glândula. (G4)



Estágio 5

Genitália adulta em tamanho e forma e volume testicular. (G5)

Estágios de desenvolvimento dos pelos pubianos



Estágio 1

Pelagem pré-puberal ou infantil, nenhum pelo pubiano. (P1)



Estágio 2

Ocorre o início do crescimento de alguns pelos finos, longos, escuros e lisos na linha medial ou na base do pênis. (P2)



Estágio 3

Aparecimento de maior quantidade de pelos, mais escuros e mais espessos, e discretamente encaracolados, com distribuição em toda a região pubiana. (P3)



Estágio 4

Pelos escuros, espessos, encaracolados, do tipo adulto, mas ainda em menor quantidade na sua distribuição na região pubiana. (P4)



Estágio 5

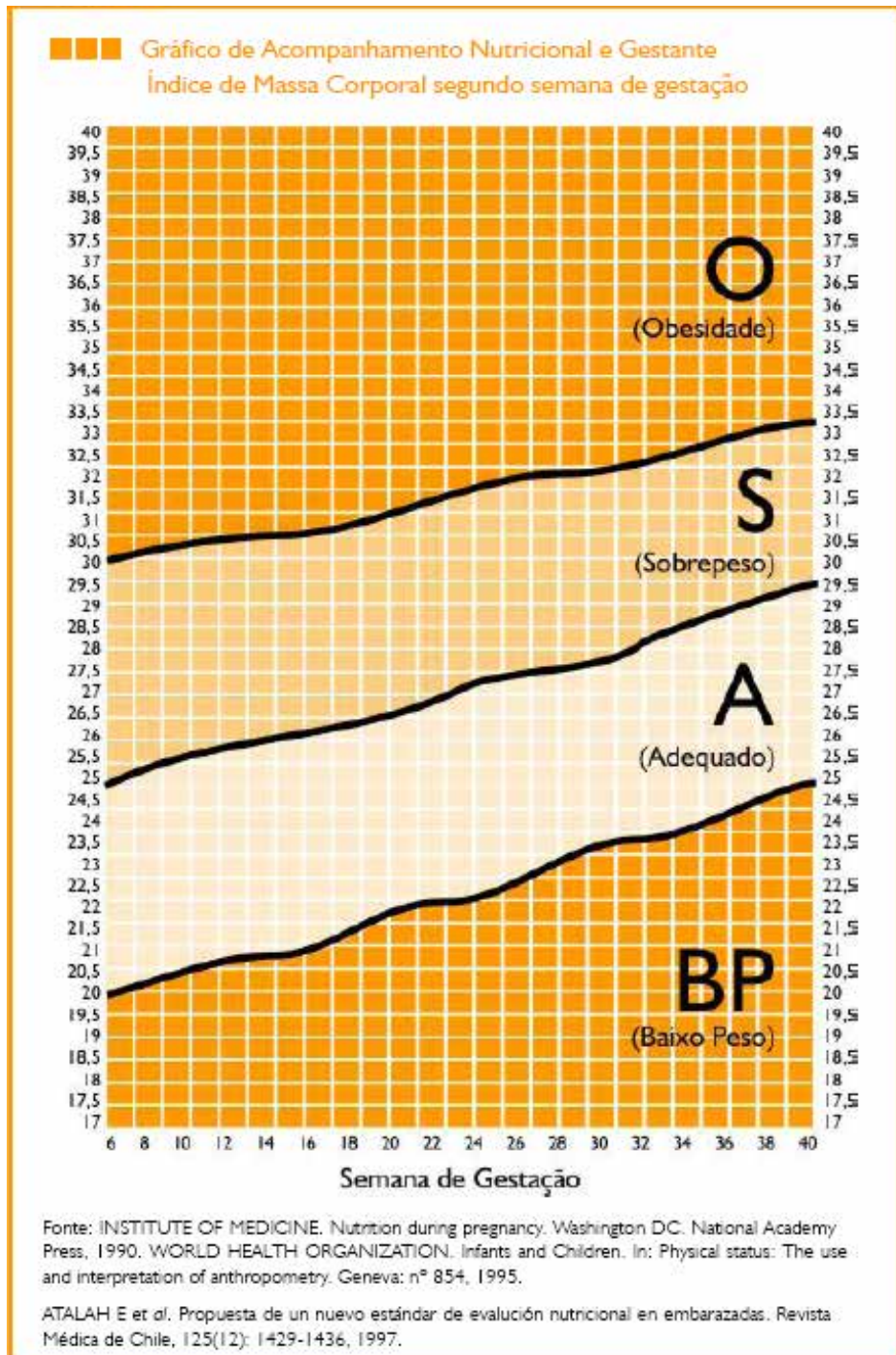
Pelos do tipo adulto, em maior quantidade, cobrindo toda a região pubiana, e estendendo-se até a superfície interna das coxas. (P5)

ANEXO C – Avaliação do estado nutricional da gestante, segundo o Índice de Massa Corporal (IMC), por semana gestacional

190

Semana gestacional	Baixo peso IMC ≤	Adequado IMC entre		Sobrepeso IMC entre		Obesidade IMC ≥
6	19,9	20,0	24,9	25,0	30,0	30,1
8	20,1	20,2	25,0	25,1	30,1	30,2
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

ANEXO D – Gráfico de Acompanhamento Nutricional da Gestante – Índice de Massa Corporal, segundo semana de gestação



ANEXO E– Lista de substituições de alimentos

Arroz, Pães, Massas, Batata e Mandioca – Consumir seis porções ao dia (uma porção = 150 kcal)

Alimentos	1 porção equivale a:
Arroz branco cozido	4 colheres de sopa
Batata cozida	1 e meia unidade
Biscoito tipo <i>cream cracker</i>	5 unidades
Bolo de milho	1 fatia
Cereais matinais	1 xícara de chá
Farinha de mandioca	2 colheres de sopa
Inhame cozido/amassado	3 ½ colheres de sopa
Macarrão cozido	3 ½ colheres de sopa
Mandioca/Macaxeira/Aipim cozido	4 colheres de sopa
Milho verde em espiga	1 espiga grande
Pão de forma tradicional	2 fatias
Pão francês	1 unidade
Purê de batata	3 colheres de sopa

Verduras e Legumes – Consumir três porções ao dia (uma porção = 15 kcal)

Alimentos	1 porção equivale a:
Abóbora cozida	1 ½ colher de sopa
Agrião	22 ramos
Alface	15 folhas
Beringela cozida	2 colheres de sopa
Beterraba crua ralada	2 colheres de sopa
Brócolis cozido	4 ½ colheres de sopa
Cenoura crua (picada)	1 colher de servir
Chuchu cozido	2 ½ colheres de sopa
Espinafre cozido	2 ½ colheres de sopa
Jiló cozido	1 ½ colher de sopa
Pepino picado	4 colheres de sopa
Quiabo picado	2 colheres de sopa
Repolho branco cru (picado)	6 colheres de sopa
Rúcula	15 folhas
Tomate comum	4 fatias

Frutas – Consumir três porções ao dia (uma porção = 70 kcal)

Alimentos	1 porção equivale a:
Abacaxi	1 fatia
Ameixa-preta seca	3 unidades
Banana prata	1 unidade
Caqui	1 unidade
Goiaba	½ unidade
Laranja-pera	1 unidade
Maçã	1 unidade
Mamão papaia	½ unidade
Melancia	2 fatias
Salada de frutas (banana, maçã, laranja, mamão)	½ xícara de chá
Suco de laranja (puro)	½ copo de requeijão

Feijões – Consumir uma porção ao dia (uma porção = 55 kcal)

Alimentos	1 porção equivale a:
Feijão cozido (50% de caldo)	1 concha
Lentilha cozida	2 colheres de sopa
Soja cozida	1 colher de servir

Leites, Queijos, logurtes – Consumir três porções ao dia (uma porção = 120 kcal)

Alimentos	1 porção equivale a:
logurte desnatado de frutas	1 pote
logurte integral natural	1 copo de requeijão
Leite tipo C	1 copo de requeijão
Queijo tipo minas frescal	1 fatia grande
Queijo tipo muçarela	3 fatias

Carnes, Peixes e Ovos – Consumir uma porção ao dia (uma porção = 190 kcal)

Alimentos	1 porção equivale a:
Bife grelhado	1 unidade
Carne assada	1 fatia pequena
Filé de frango grelhado	1 unidade
Omelete simples	1 unidade
Peixe espada cozido	1 porção

Óleos e Gorduras – Consumir uma porção ao dia (uma porção = 73 kcal)

Alimentos	1 porção equivale a:
Óleo vegetal	1 colher de sopa
Azeite de oliva	1 colher de sopa
Manteiga	½ colher de sopa
Margarina vegetal	½ colher de sopa

Açúcares e Doces – Consumir no máximo uma porção ao dia (uma porção = 110 kcal)

Alimentos	1 porção equivale a:
Açúcar cristal	1 colher de sopa
Geleia de frutas	1 colher de sopa

ANEXO F – Questionário de Prontidão para Atividade Física (Q-PAF)

194

1. Seu médico já mencionou alguma vez que você tem uma condição cardíaca e que você só deve realizar atividade física recomendada por um médico?
()sim ()não
2. Você sente dor no tórax quando realiza atividade física?
()sim ()não
3. No mês passado, você teve dor torácica quando não estava realizando atividade física?
()sim ()não
4. Você perdeu o equilíbrio por causa de tontura ou alguma vez perdeu a consciência?
()sim ()não
5. Você tem algum problema ósseo ou de articulação que poderia piorar em consequência de uma alteração em sua atividade física?
()sim ()não
6. Seu médico está prescrevendo medicamentos (por exemplo, água pílulas) para sua pressão ou condição cardíaca?
()sim ()não
7. Conhece alguma outra razão pela qual você não deveria praticar atividade física?
()sim ()não

ANEXO G – Equações para estimar a taxa metabólica basal, segundo idade e sexo

Tabela 1 – Fórmula de cálculo para manutenção do peso em meninos e meninas com excesso de peso entre 3 e 18 anos

195

Meninos

$$TEE = 114 - (50,9 \times \text{idade[anos]}) + PA \times (19,5 \times \text{peso [kg]} + 1161,4 \times \text{estatura[m]})$$

Em que o PA é o coeficiente de atividade física:

PA=1,00 se PAL estimado em $\geq 1,0 < 1,4$ (sedentário)

PA=1,12 se PAL estimado em $\geq 1,4 < 1,6$ (pouco ativo)

PA=1,24 se PAL estimado em $\geq 1,6 < 1,9$ (ativo)

PA=1,45 se PAL estimado em $\geq 1,9 < 2,5$ (muito ativo)

Meninas

$$TEE = 389 - (41,2 \times \text{idade [anos]}) + PA \times (15,0 \times \text{peso [kg]} + 701,6 \times \text{estatura [m]})$$

Em que o PA é o coeficiente de atividade física:

PA=1,00 se PAL estimado em $\geq 1,0 < 1,4$ (sedentário)

PA=1,18 se PAL estimado em $\geq 1,4 < 1,6$ (pouco ativo)

PA=1,35 se PAL estimado em $\geq 1,6 < 1,9$ (ativo)

PA=1,60 se PAL estimado em $\geq 1,9 < 2,5$ (muito ativo)

TEE: Total energy expenditure (Gasto Energético Total)

PA: Atividade física

PAL: Nível de atividade física diário

Tabela 2 – Fórmulas de cálculo do requerimento estimado de energia para homens e mulheres com sobrepeso ou obesidade

Homens

$$TEE = 1086 - (10,1 \times \text{idade[anos]}) + PA \times (13,7 \times \text{peso [kg]} + 416 \times \text{estatura[m]})$$

Em que o PA é o coeficiente de atividade física:

PA=1,00 se PAL estimado em $\geq 1,0 < 1,4$ (sedentário)

PA=1,12 se PAL estimado em $\geq 1,4 < 1,6$ (pouco ativo)

PA=1,29 se PAL estimado em $\geq 1,6 < 1,9$ (ativo)

PA=1,59 se PAL estimado em $\geq 1,9 < 2,5$ (muito ativo)

Mulheres

$$TEE = 448 - (7,95 \times \text{idade[anos]}) + PA \times (11,4 \times \text{peso [kg]} + 619 \times \text{estatura[m]})$$

Em que o PA é o coeficiente de atividade física:

PA=1,00 se PAL estimado em $\geq 1,0 < 1,4$ (sedentário)

PA=1,16 se PAL estimado em $\geq 1,4 < 1,6$ (pouco ativo)

PA=1,27 se PAL estimado em $\geq 1,6 < 1,9$ (ativo)

PA=1,44 se PAL estimado em $\geq 1,9 < 2,5$ (muito ativo)

TEE: Total energy expenditure (Gasto Energético Total)

PA*: Atividade física

PAL*: Nível de atividade física diário

Equação para prever necessidades energéticas

Variação etária (anos) kcal/dia	
Masculino	
zero – 3	60,9 P - 54
3 – 10	22,7 P + 495
10 – 18	17,5 P + 651
18 – 30	15,3 P + 679
30 – 60	11,6 P + 879
>60	13,5 P + 487
Feminino	
zero – 3	61,0 P - 51
3 – 10	22,5 P + 499
10 – 18	12,2 P + 746
18 – 30	14,7 P + 496
30 – 60	8,7 P + 829
>60	10,5 P + 596

P = Peso em kg.

Fator Atividade		
	Homens	Mulheres
Leve	1,55	1,56
Moderado	1,78	1,64
Intenso	2,10	1,82

Fonte: WHO, 1985. FAO/OMS. Necessidades de Energia e Proteína. OMS, Série de Relatos Técnicos, 724. Genebra: Editora Roca, 1998.

Equações da OMS para estimar as necessidades energéticas de adultos

TMB Homens
18-30 anos: $(0,0630 \times PA + 2,8957) \times 240$ kcal
31-60 anos: $(0,0484 \times PA + 3,6534) \times 240$ kcal
TMB Mulheres
18-30 anos: $(0,0621 \times PA + 2,0357) \times 240$ kcal
31-60 anos: $(0,0342 \times PA + 3,5377) \times 240$ kcal
Fator Atividade
Sedentário: 1,3
Algum exercício regular: 1,5
Exercício de alta intensidade: 1,7

Fonte: Duarte, 2005, adaptada a partir das equações propostas por Bray (1998).

Equações da OMS para estimar as necessidades energéticas de crianças menores de 1 ano. VET (kcal) = peso (kg) x recomendação de energia

Necessidades de energia, segundo idade (em meses)	Energia (kcal/kg)
zero – 3	116
3 – 6	99
6 – 9	95
9 – 12	101
Média no 1º ano de vida	103

Fonte: FAO/OMS, 1985.

Obs.: PA = Peso Atual (Kg).

Equações da OMS para estimar as necessidades energéticas de crianças

Idade (em anos)	Energia (kcal/kg)
1 – 2	105
2 – 3	100
3 – 5	95
5 a 10 anos	
Meninos	
5 – 7	90
7 – 10	78
Meninas	
5 – 7	85
7 – 10	67

Fonte: FAO/OMS, 1985.

ANEXO H – Dez passos para alimentação saudável de gestantes

- 198
- PASSO 1 – Faça, pelo menos, três refeições (café da manhã, almoço e jantar) e dois lanches saudáveis por dia, evitando ficar mais de três horas sem comer. Entre as refeições, beba água, pelo menos, dois litros (seis a oito copos) por dia.
 - PASSO 2 – Inclua diariamente nas refeições seis porções do grupo de cereais (arroz, milho, pães e alimentos feitos com farinha de trigo e milho), tubérculos como as batatas e raízes como a mandioca/macaxeira/aipim. Dê preferência aos alimentos na sua forma mais natural, pois além de serem fontes de carboidratos, são boas fontes de fibras, vitaminas e minerais.
 - PASSO 3 – Procure consumir diariamente três porções de legumes e verduras como parte das refeições e três porções ou mais de frutas nas sobremesas e lanches.
 - PASSO 4 – Coma feijão com arroz todos os dias ou, pelo menos, cinco vezes por semana. Esse prato brasileiro é uma combinação completa de proteínas e bom para a saúde.
 - PASSO 5 – Consuma diariamente três porções de leite e derivados e uma porção de carne, ave, peixe ou ovo. Retire a gordura aparente das carnes e a pele das aves antes da preparação tornando esses alimentos mais saudáveis!
 - PASSO 6 – Diminua o consumo de gorduras. Consuma, no máximo, uma porção diária de óleos vegetais, azeite, manteiga ou margarina. Fique atenta aos rótulos dos alimentos e prefira aqueles livres de gorduras trans.
 - PASSO 7 – Evite refrigerantes e sucos industrializados, biscoitos recheados e outras guloseimas no seu dia a dia.
 - PASSO 8 – Diminua a quantidade de sal na comida e retire o saleiro da mesa. Evite consumir alimentos industrializados com muito sal (sódio), como hambúrguer, charque, salsicha, linguiça, presunto, salgadinhos, conservas de vegetais, sopas prontas, molhos e temperos prontos.
 - PASSO 9 – Para evitar a anemia, consuma diariamente alimentos fontes de ferro como: carnes, vísceras, feijão, lentilha, grão-de-bico, soja, folhas verde-escuras, grãos integrais, castanhas e outros. Consuma com esses alimentos aquele que são fontes de vitamina C, como: acerola, laranja, caju, limão e outros. Procure orientação de um profissional de saúde para complementar a sua ingestão de ferro.
 - PASSO 10 – Mantenha o seu ganho de peso gestacional dentro de limites saudáveis. Pratique, seguindo orientação de um profissional de Saúde, alguma atividade física e evite as bebidas alcoólicas e o fumo.

ANEXO I – Dez passos para a alimentação saudável de crianças menores de 2 anos

- PASSO 1 – Dar somente leite materno até os 6 meses, sem oferecer água, chás ou quaisquer outros alimentos.
- PASSO 2 – A partir dos 6 meses, oferecer de forma lenta e gradual, outros alimentos, mantendo o leite materno até os dois anos de idade ou mais.
- PASSO 3 – Ao completar 6 meses, oferecer alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas e legumes) três vezes ao dia, se a criança estiver em aleitamento materno.
- PASSO 4 – A alimentação complementar deve ser oferecida de acordo com os horários de refeição da família, em intervalos regulares e de forma a respeitar o apetite da criança.
- PASSO 5 – A alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida de colher; começar com consistência pastosa (papas/purês) e, gradativamente, aumentar a sua consistência até chegar à alimentação da família.
- PASSO 6 – Oferecer à criança diferentes alimentos ao dia. Uma alimentação variada é uma alimentação colorida.
- PASSO 7 – Estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições.
- PASSO 8 – Evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas, nos primeiros anos de vida. Usar sal com moderação.
- PASSO 9 – Cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos; garantir o seu armazenamento e conservação adequados.
- PASSO 10 – Estimular a criança doente e convalescente a alimenta-se, oferecendo sua alimentação habitual e seus alimentos preferidos, respeitando a sua aceitação.

ANEXO J – Dez passos para a alimentação saudável de crianças entre 2 e 10 anos

200

- PASSO 1 – Procure oferecer alimentos de diferentes grupos, distribuindo-os em pelo menos três refeições e dois lanches por dia. Para que a criança aprecie a refeição, ela precisa comer devagar e mastigar bem os alimentos. Faça das refeições um momento de encontro da família e evite alimentar seu filho assistindo à TV.
- PASSO 2 – Inclua diariamente alimentos como cereais (arroz, milho), tubérculos (batatas), raízes (mandioca/macaxeira/aipim), pães e massas, distribuindo esses alimentos nas refeições e lanches do seu filho ao longo do dia. Dê preferência aos grãos integrais e aos alimentos na sua forma mais natural.
- PASSO 3 – Procure oferecer diariamente legumes e verduras como parte das refeições da criança. As frutas podem ser distribuídas nas refeições, sobremesas e lanches. Esses alimentos são fontes de vitaminas e minerais que ajudam na prevenção de doenças e melhoram a resistência do organismo. Procure variar, ao longo da semana, os tipos de frutas, legumes e verduras.
- PASSO 4 – Ofereça feijão com arroz todos os dias, ou no mínimo cinco vezes por semana. O feijão é fonte de ferro e auxilia na prevenção da anemia. Para variar, pode-se substituir o feijão por lentilha, grão-de-bico ou soja. Para melhorar a absorção do ferro, é importante associar alimentos que são fontes de vitamina C, como limão, laranja, acerola e outros. Vísceras e miúdos (fígado, moela, etc.) também são fontes de ferro; procure oferecê-los à criança, pelo menos uma vez por semana.
- PASSO 5 – Ofereça diariamente leite e derivados, como queijo e iogurte, nos lanches, e carnes, aves, peixes ou ovos na refeição principal de seu filho. Esses alimentos são boas fontes de proteínas e cálcio, e ajudam na saúde dos ossos, dentes e músculos.
- PASSO 6 – Alimentos gordurosos e frituras devem ser evitados; prefira alimentos assados, grelhados ou cozidos. Retire a gordura aparente das carnes e a pele das aves antes da preparação para tornar esses alimentos mais saudáveis.
- PASSO 7 – Evite oferecer refrigerantes e sucos industrializados, balas, bombons, biscoitos doces e recheados, salgadinhos e outras guloseimas no dia a dia. Esses alimentos podem ser consumidos no máximo duas vezes por semana, em pequenas quantidades.
- PASSO 8 – Diminua a quantidade de sal na comida. Evite temperos prontos, alimentos enlatados, carnes salgadas e embutidos como mortadela, presunto, salsicha, linguiça e outros, pois estes alimentos contêm muito sal.
- PASSO 9 – Estimule a criança a beber bastante água e sucos naturais de frutas durante o dia, de preferência nos intervalos das refeições, para manter a hidratação e a saúde do corpo.

PASSO 10 – Incentive a criança a ser ativa e evite que ela passe muitas horas assistindo à TV, jogando *video game* ou brincando no computador. Saia para caminhar com ela, leve-a para andar de bicicleta, passear com o cachorro, jogar bola, ou seja, fazer algum tipo de atividade física.

ANEXO K – Dez passos para a alimentação saudável de adolescentes

202

- PASSO 1 – Para manter, perder ou ganhar peso, procure a orientação de um profissional de Saúde.
- PASSO 2 – Alimente-se cinco ou seis vezes ao dia. Coma no café da manhã, almoço, jantar e faça lanches saudáveis nos intervalos.
- PASSO 3 – Tente comer menos salgadinho de pacote, refrigerantes, biscoitos recheados, lanches de *fast-food*, alimentos de preparo instantâneo, doces e sorvetes.
- PASSO 4 – Escolha frutas, verduras e legumes de sua preferência.
- PASSO 5 – Tente comer feijão todos os dias.
- PASSO 6 – Procure comer arroz, massas e pães todos os dias.
- PASSO 7 – Procure tomar leite e/ou derivados todos os dias.
- PASSO 8 – Evite o consumo de bebidas alcoólicas.
- PASSO 9 – Movimente-se! Não fique horas em frente à TV ou ao computador.
- PASSO 10 – Escolha alimentos saudáveis nos lanches da escola e nos momentos de lazer.

ANEXO L – Dez passos para a alimentação saudável de adultos

- PASSO 1 – Faça pelo menos três refeições (café da manhã, almoço e jantar) e dois lanches saudáveis por dia. Não pule as refeições.
- PASSO 2 – Inclua diariamente seis porções do grupo do cereais (arroz, milho, trigo pães e massas), tubérculos como as batatas e raízes como a mandioca/macaxeira/aipim nas refeições. Dê preferência aos grãos integrais e aos alimentos na sua forma mais natural.
- PASSO 3 – Coma diariamente pelo menos três porções de legumes e verduras como parte das refeições e três porções ou mais de frutas nas sobremesas e lanches.
- PASSO 4 – Coma feijão com arroz todos os dias ou , pelo menos, cinco vezes por semana. Esse prato brasileiro é uma combinação completa de proteínas e bom para a saúde.
- PASSO 5 – Consuma diariamente três porções de leite e derivados e uma porção de carnes, aves, peixes ou ovos. Retirar a gordura aparente das carnes e a pele das aves antes da preparação torna esses alimentos mais saudáveis.
- PASSO 6 – Consuma, no máximo, uma porção por dia de óleos vegetais, azeite, manteiga ou margarina. Fique atento aos rótulos dos alimentos e escolha aqueles com menores quantidades de gorduras trans.
- PASSO 7 – Evite refrigerantes e sucos industrializados, bolos, biscoitos doces e recheados, sobremesas doces e outras guloseimas como regra da alimentação.
- PASSO 8 – Diminua a quantidade de sal na comida e retire o saleiro da mesa. Evite consumir alimentos industrializados com muito sal (sódio) como hambúrguer, charque, salsicha, linguiça, presunto, salgadinhos, conservas de vegetais, sopas, molhos e temperos prontos.
- PASSO 9 – Beba pelo menos dois litros (seis a oito copos) de água por dia. Dê preferência ao consumo de água nos intervalos das refeições.
- PASSO 10 – Torne sua vida mais saudável. Pratique pelo menos 30 minutos de atividade física todos os dias e evite as bebidas alcoólicas e o fumo. Mantenha o peso dentro de limites saudáveis.

ANEXO M – Dez passos para a alimentação saudável de idosos

- 204
- PASSO 1 – Faça pelo menos três refeições (café da manhã, almoço e jantar) e dois lanches saudáveis por dia. Não pule as refeições.
 - PASSO 2 – Inclua diariamente seis porções do grupo dos cereais (arroz, milho, trigo pães e massas), tubérculos como a batata, raízes como mandioca/macaxeira/ aipim, nas refeições. Dê preferência aos grãos integrais e aos alimentos na sua forma mais natural.
 - PASSO 3 – Coma diariamente pelo menos três porções de legumes e verduras como parte das refeições e três porções ou mais de frutas nas sobremesas e lanches.
 - PASSO 4 – Coma feijão com arroz todos os dias ou, pelo menos, cinco vezes por semana. Esse prato brasileiro é uma combinação completa de proteínas e bom para a saúde.
 - PASSO 5 – Consuma diariamente três porções de leite e derivados e uma porção de carnes, aves, peixes ou ovos. Retirar a gordura aparente das carnes e a pele das aves antes da preparação torna esses alimentos mais saudáveis!
 - PASSO 6 – Consuma, no máximo, uma porção por dia de óleos vegetais, azeite, manteiga ou margarina.
 - PASSO 7 – Evite refrigerantes e sucos industrializados, bolos, biscoitos doces e recheados, sobremesas doces e outras guloseimas como regra da alimentação. Coma-os, no máximo, duas vezes por semana.
 - PASSO 8 – Diminua a quantidade de sal na comida e retire o saleiro da mesa.
 - PASSO 9 – Beba pelo menos dois litros (seis a oito copos) de água por dia. Dê preferência ao consumo de água nos intervalos das refeições.
 - PASSO 10 – Torne sua vida mais saudável. Pratique, pelo menos, 30 minutos de atividade física todos os dias e evite as bebidas alcoólicas e o fumo.

ANEXO N – Teste de Atitudes Alimentares – Eating Attitudes Test (EAT)

Nome: _____ Data: ___/___/_____

Por favor, responda às seguintes questões, segundo a legenda:

S = sempre

MF = muito frequentemente

F = frequentemente

AV = às vezes

R = raramente

N = nunca

	S	MF	F	AV	R	N
1. Costumo fazer dieta.						
2. Como alimentos dietéticos.						
3. Sinto-me mal após comer doces.						
4. Gosto de experimentar novas comidas que engordam.						
5. Evito alimentos que contenham açúcar.						
6. Evito particularmente alimentos com alto teor de carboidratos (pão, batata, arroz etc.).						
7. Estou preocupado(a) com o desejo de ser mais magro(a).						
8. Gosto de estar com o estômago vazio.						
9. Quando faço exercício, penso em queimar calorias.						
10. Sinto-me extremamente culpado(a) depois de comer.						
11. Fico apavorado(a) com o excesso de peso.						
12. Preocupa-me a possibilidade de ter gordura no meu corpo.						
13. Sei quantas calorias têm os alimentos que como.						
14. Tenho vontade de vomitar após as refeições.						
15. Vomito depois de comer.						
16. Já passei por situações em que comi demais achando que não conseguiria parar.						
17. Passo muito tempo pensando em comida.						
18. Acho-me uma pessoa preocupada com comida.						
19. Sinto que a comida controla a minha vida.						
20. Corto a minha comida em pequenos pedaços.						
21. Levo mais tempo que os outros para comer.						
22. As outras pessoas acham que sou magro(a) demais.						
23. Sinto que os outros prefeririam que eu comesse mais.						
24. Sinto que os outros me pressionam para comer.						
25. Evito comer quando estou com fome.						
26. Demonstro autocontrole em relação à comida.						

Pontuação

Todas as questões, com exceção da número 4, são pontuadas da esquerda para a direita, com os seguintes valores: 3, 2, 1, 0, 0 e 0, respectivamente: sempre, muito frequentemente, frequentemente, às vezes, raramente e nunca.

A questão número 4 pontua-se ao contrário: 0, 0, 0, 1, 2 e 3, respectivamente: sempre, muito frequentemente, frequentemente, às vezes, raramente e nunca.

O escore total é dado pela soma de pontos em cada questão. Escore superior a 21 é sugestivo de anormalidade.

ANEXO O – Escala de Compulsão Alimentar Periódica (Ecap)

Nome: _____ Data: ___/___/_____

Lista de verificação dos hábitos alimentares

Instruções:

Você encontrará abaixo grupos de afirmações numeradas. Leia todas as afirmações em cada grupo e marque, nesta folha, aquela que melhor descreve o modo como você se sente em relação aos problemas que tem para controlar seu comportamento alimentar.

1

- () 1. Eu não me sinto constrangido(a) com o meu peso ou o tamanho do meu corpo quando estou com outras pessoas.
- () 2. Eu me sinto preocupado(a) em como pareço para os outros, mas isto, normalmente, não me faz sentir desapontado(a) comigo mesmo(a).
- () 3. Eu fico mesmo constrangido(a) com a minha aparência e o meu peso, o que me faz sentir desapontado(a) comigo mesmo(a).
- () 4. Eu me sinto muito constrangido(a) com o meu peso e, frequentemente, sinto muita vergonha e desprezo por mim mesmo(a). Tento evitar contatos sociais por causa desse constrangimento.

2

- () 1. Eu não tenho nenhuma dificuldade para comer devagar, de maneira apropriada.
- () 2. Embora pareça que eu devore os alimentos, não acabo me sentindo empanturrado(a) por comer demais.
- () 3. Às vezes, tendo a comer rapidamente, sentindo-me então desconfortavelmente cheio(a) depois.
- () 4. Eu tenho o hábito de engolir minha comida sem realmente mastigá-la. Quando isto acontece, em geral, me sinto desconfortavelmente empanturrado(a) por ter comido demais.

3

- () 1. Eu me sinto capaz de controlar meus impulsos para comer, quando eu quero.
- () 2. Eu sinto que tenho falhado em controlar meu comportamento alimentar mais do que a média das pessoas.
- () 3. Eu me sinto totalmente incapaz de controlar meus impulsos para comer.
- () 4. Por me sentir tão incapaz de controlar meu comportamento alimentar, entro em desespero tentando manter o controle.

4

- () 1. Eu não tenho o hábito de comer quando estou chateado(a).
- () 2. Às vezes, eu como quando estou chateado(a), mas, frequentemente, sou capaz de me ocupar e afastar minha mente da comida.

() 3. Eu tenho o hábito regular de comer quando estou chateado(a) mas, de vez em quando, posso usar alguma outra atividade para afastar minha mente da comida.

() 4. Eu tenho o forte hábito de comer quando estou chateado(a). Nada parece me ajudar a parar com esse hábito.

5

() 1. Normalmente quando como alguma coisa é porque estou fisicamente com fome.

() 2. De vez em quando, como alguma coisa por impulso, mesmo quando não estou realmente com fome.

() 3. Eu tenho o hábito regular de comer alimentos que realmente não aprecio para satisfazer uma sensação de fome, mesmo que fisicamente eu não necessite de comida.

() 4. Mesmo que não esteja fisicamente com fome, tenho uma sensação de fome em minha boca que somente parece ser satisfeita quando eu como um alimento, tipo um sanduíche, que enche a minha boca. Às vezes, quando eu como o alimento para satisfazer minha "fome na boca", em seguida eu o cuspo; assim não ganharei peso.

6

() 1. Eu não sinto qualquer culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.

() 2. De vez em quando, sinto culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.

() 3. Quase o tempo todo, sinto muita culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.

7

() 1. Eu não perco o controle total da minha alimentação quando estou em dieta, mesmo após períodos em que como demais.

() 2. Às vezes, quando estou em dieta e como um alimento proibido, sinto como se tivesse estragado tudo e como ainda mais.

() 3. Frequentemente, quando como demais durante uma dieta, tenho o hábito de dizer para mim mesmo(a): "agora que estraguei tudo, porque não irei até o fim". Quando isto acontece, eu como ainda mais.

() 4. Eu tenho o hábito regular de começar dietas rigorosas por mim mesmo(a), mas quebro as dietas entrando em uma compulsão alimentar. Minha vida parece ser "uma festa" ou "um morrer de fome".

8

() 1. Eu raramente como tanta comida a ponto de me sentir desconfortavelmente empanturrado(a) depois.

() 2. Normalmente, cerca de uma vez por mês, como tal quantidade de comida que acabo me sentindo muito empanturrado(a).

() 3. Eu tenho períodos regulares durante o mês, quando como grandes quantidades de comida, seja na hora das refeições, seja nos lanches.

() 4. Eu como tanta comida que, regularmente, me sinto bastante desconfortável depois de comer e, algumas vezes, um pouco enjoado(a).

9

- () 1. Em geral, minha ingestão calórica não sobe a níveis muito altos nem desce a níveis muito baixos.
- () 2. Às vezes, depois de comer demais, tento reduzir minha ingestão calórica para quase nada, para compensar o excesso de calorias que ingeri.
- () 3. Eu tenho o hábito regular de comer demais durante a noite. Parece que a minha rotina não é estar com fome de manhã, mas comer demais à noite.
- () 4. Na minha vida adulta, tenho tido períodos, que duram semanas, nos quais praticamente me mato de fome. Isto se segue a períodos em que como demais. Parece que vivo uma vida de "festa" ou de "morrer de fome".

#10

- () 1. Normalmente, eu sou capaz de parar de comer quando quero. Eu sei quando "já chega".
- () 2. De vez em quando, eu tenho uma compulsão para comer que parece que não posso controlar.
- () 3. Frequentemente, tenho fortes impulsos para comer que parece que não sou capaz de controlar, mas, em outras ocasiões, posso controlar meus impulsos para comer.
- () 4. Eu me sinto incapaz de controlar impulsos para comer. Eu tenho medo de não ser capaz de parar de comer por vontade própria.

#11

- () 1. Eu não tenho problema algum para parar de comer quando me sinto cheio(a).
- () 2. Eu, normalmente, posso parar de comer quando me sinto cheio(a), mas, de vez em quando, comer, demais me deixa desconfortavelmente empanturrado(a).
- () 3. Eu tenho um problema para parar de comer uma vez que eu tenha começado e, normalmente, sinto-me desconfortavelmente empanturrado(a) depois que faço uma refeição.
- () 4. Por eu ter o problema de não ser capaz de parar de comer quando quero, às vezes tenho que provocar o vômito, usar laxativos e/ou diuréticos para aliviar a minha sensação de empanturramento.

#12

- () 1. Parece que eu como tanto quando estou com os outros (reuniões familiares, sociais) como quando estou sozinho(a).
- () 2. Às vezes, quando eu estou com outras pessoas, não como tanto quanto eu quero comer porque me sinto constrangido(a) com o meu comportamento alimentar.
- () 3. Frequentemente, eu como só uma pequena quantidade de comida quando outros estão presentes, pois me sinto muito embaraçado(a) com o meu comportamento alimentar.
- () 4. Eu me sinto tão envergonhado(a) por comer demais que escolho horas para comer demais quando sei que ninguém me verá. Eu me sinto como uma pessoa que se esconde para comer.

#13

- () 1. Eu faço três refeições ao dia com apenas um lanche ocasional entre as refeições.
- () 2. Eu faço três refeições ao dia, mas, normalmente, também lancho entre as refeições.
- () 3. Quando eu faço lanches pesados, tenho o hábito de pular as refeições regulares.
- () 4. Há períodos regulares em que parece que eu estou continuamente comendo, sem refeições planejadas.

#14

- () 1. Eu não penso muito em tentar controlar impulsos indesejáveis para comer.
- () 2. Pelo menos, em algum momento, sinto que meus pensamentos estão "pré-ocupados" com tentar controlar meus impulsos para comer.
- () 3. Frequentemente, sinto que gasto muito tempo pensando no quanto comi ou tentando não comer mais.
- () 4. Parece, para mim, que a maior parte das horas que passo acordado(a) estão "pré-ocupadas" por pensamentos sobre comer ou não comer. Sinto como se eu estivesse constantemente lutando para não comer.

#15

- () 1. Eu não penso muito sobre comida.
- () 2. Eu tenho fortes desejos por comida, mas eles só duram curtos períodos de tempo.
- () 3. Há dias em que parece que eu não posso pensar em mais nada a não ser comida.
- () 4. Na maioria dos dias, meus pensamentos parecem estar "pré-ocupados" com comida. Sinto como se eu vivesse para comer.

#16

- () 1. Eu normalmente sei se estou ou não fisicamente com fome. Eu como a porção certa de comida para me satisfazer.
- () 2. De vez em quando, eu me sinto em dúvida para saber se estou ou não fisicamente com fome. Nessas ocasiões, é difícil saber quanto eu deveria comer para me satisfazer.
- () 3. Mesmo que se eu pudesse saber quantas calorias eu deveria ingerir, não teria ideia alguma de qual seria a quantidade "normal" de comida para mim.

Grade de pontuação***Grade de correção da Escala de Compulsão Alimentar Periódica.**

#1	#2	#3	#4	#5	#6	#7	#8	#9	#10	#11	#12	#13	#14	#15	#16
1=0	1=0	1=0	1=0	1=0	1=0	1=0	1=0	1=0	1=0	1=0	1=0	1=0	1=0	1=0	1=0
2=0	2=1	2=1	2=0	2=1	2=1	2=2	2=1	2=1	2=1	2=1	2=1	2=0	2=1	2=1	2=1
3=1	3=2	3=3	3=0	3=2	3=3	3=3	3=2	3=2	3=2	3=2	3=2	3=2	3=2	3=2	3=2
4=3	4=3	4=3	4=2	4=3	—	4=3	4=3	4=3	4=3	4=3	4=3	4=3	4=3	4=3	—

Fonte: FREITAS et al., 2001

*Apenas uma resposta deve ser marcada em cada um dos 16 itens. Cada afirmativa corresponde a um ponto que varia de 0 a 3. O escore total é dado pela soma dos pontos de cada item.

Avaliação do Resultado

Escore ≤ 17 = ausência de compulsão alimentar

Escore entre 18 e 26 = compulsão alimentar moderada

Escore ≥ 27 = compulsão alimentar grave



DISQUE SAÚDE

136

Ouvidoria Geral do SUS
www.saude.gov.br

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs



Ministério da
Saúde

**Governo
Federal**