

MINISTÉRIO DA SAÚDE

**Orientações para o cuidado
nutricional individual**

Material de Apoio para Profissionais Nutricionistas

**Brasília – DF
2016**

MINISTÉRIO DA SAÚDE

**Orientações para o cuidado
nutricional individual**

Material de Apoio para Profissionais Nutricionistas

VERSÃO PRELIMINAR

**Brasília – DF
2016**

2016 Ministério da Saúde. Conselho Federal de Nutrição.



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

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: <<http://editora.saude.gov.br>>.

Tiragem: 1ª edição – 2016 – versão impressa

Elaboração, distribuição e Informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção à Saúde

Departamento de Atenção Básica

Edifício Premium, SAF Sul, Quadra 2

Lotes 5/6, bloco II, subsolo

CEP: 70070-600 – Brasília/DF

Fone: (61) 3315-9031

E-mail: dab@saude.gov.br

Site: dab.saude.gov.br

CONSELHO FEDERAL DE NUTRIÇÃO

SRTVS - Quadra 701 Bloco II, Centro Empresarial Assis

Chateaubriand, sala 406

CEP 70.340-906 - Brasília-DF

Site: <http://www.cfn.org.br/>

Coordenação Técnica Geral:

Michele Lessa de Oliveira – Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde

Elaboração técnica:

Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição

Ana Luisa Souza de Paiva

Ana Maria Cavalcante de Lima

Bruna Pitasi Arguelhes

Gisele Ane Bortolini

Gilsiane Nascimento Espinosa

Fernanda Rauber

Kelly Poliany de Souza Alves

Kimielle Cristina Silva

Maria da Penha Ferrer de Francesco Campos

Maria Fernanda Moratori Alves

Mônica Rocha Gonçalves

Rafaella da Costa Santin

Renata Guimarães Mendonça de Santana

Sara Araújo da Silva

Patrícia Constante Jaime

Tatiane Nunes Pereira

Vivian Siqueira Santos Gonçalves

Colaboração técnica:

Nutricionistas

Carla Caroline Silva Dos Santos

Fernando Lamarca

Hugo Braz Marques

Jamille Oliveira Costa

Lena Azeredo de Lima

Lorena Pires da Cunha

Márcia Costa Pinheiro Reduzino

Marilisa Dantas Lima

Nathália Maracajá Mendes Pinheiro

Patrícia Audrey Reis Gonçalves Pinheiro

Renata Flores Coelho

Sherlaine Lopes Medeiros

Tatiana Resende Prado Rangel de Oliveira

Zaira Tronco Salerno

Sistema Conselhos Federal e Regionais de Nutricionistas (CFN/CRN)

Conselho Regional de Nutricionistas 1º Região

Conselho Regional de Nutricionistas 2º Região

Conselho Regional de Nutricionistas 3º Região

Conselho Regional de Nutricionistas 4º Região

Conselho Regional de Nutricionistas 5º Região

Conselho Regional de Nutricionistas 6º Região

Conselho Regional de Nutricionistas 7º Região

Conselho Regional de Nutricionistas 8º Região

Conselho Regional de Nutricionistas 9º Região

Conselho Regional de Nutricionistas 10º Região

Projeto gráfico, diagramação, capa e arte-final

XX

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

Equipe editorial:

Normalização:

Revisão:

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Federal de Nutrição.

Orientações para o cuidado nutricional individual: material de apoio para profissionais nutricionistas / Ministério da Saúde, Conselho Federal de Nutrição. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

xx p. : il.

Modo de acesso: World Wide Web: <inserir endereço eletrônico>.
ISBN

VERSÃO PRELIMINAR

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Determinantes global, nacional, regional, local e domiciliar da segurança alimentar e nutricional no domicílio.

Figura 2 – Características do modelo fragmentado.

Figura 3 – ABS atuando como centro de comunicação das RAS.

Figura 4 – Resumo dos determinantes das escolhas alimentares.

Figura 5 – Estágios de mudança de comportamento.

Figura 6 – Componentes da avaliação alimentar e nutricional.

Figura 7 – Proposta de instrumento para avaliação do consumo alimentar de acordo com o Guia Alimentar para a População Brasileira.

Figura 8 – Processo do cuidado alimentar e nutricional.

Figura 9 – Proposta para o processo de estabelecimento de metas.

Figura 10 – Modelo dos 3As.

VERSÃO PRELIMINAR

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Estratégias de intervenção propostas para cada estágio de mudança, visando a modificação do comportamento alimentar.

Quadro 2 – Sugestões de informações a serem obtidas na anamnese nutricional.

Quadro 3 – Síntese dos instrumentos de avaliação do consumo alimentar mais utilizados na prática de serviços de saúde.

Quadro 4 – Exemplo de uma lasanha de carne preparada basicamente com alimentos in natura e minimamente processados e uma lasanha de carne ultraprocessada.

Quadro 5 – Sugestões de componentes a serem investigados na avaliação do consumo alimentar.

Quadro 6 – Parâmetros para avaliação antropométrica segundo a fase do curso da vida.

Quadro 7 – Classificação do estado nutricional de crianças segundo os índices antropométricos.

Quadro 8 – Classificação do estado nutricional de adolescentes (10 a 20 anos incompletos) segundo os índices antropométricos.

Quadro 9 – Pontos de corte de Índice de Massa Corporal para adultos (≥ 20 anos e < 60 anos de idade).

Quadro 10 – Pontos de corte do perímetro da cintura para adultos de 20 a 59 anos para risco aumentado para doenças cardiovasculares.

Quadro 11 – Pontos de corte de Índice de Massa Corporal para idosos (≥ 60 anos).

Quadro 12 – Pontos de corte de Índice de Massa Corporal por semana gestacional.

Quadro 13 – Ganho de peso (kg) recomendado durante a gestação segundo o estado nutricional inicial da gestante (IMC pré-gestacional).

Quadro 14 – Alimentos naturalmente fonte de fibra alimentar.

Quadro 15 – Alimentos naturalmente fonte de proteína.

Quadro 16 – Alimentos in natura e minimamente processados e ingredientes culinários fontes de lipídeos.

Quadro 17 – Ácidos graxos presentes nos alimentos.

Quadro 18 – Princípios das ações de Educação Alimentar e Nutricional.

Quadro 19 – Recomendações baseadas no Guia Alimentar para a População Brasileira de acordo com o modelo dos 3As.

Quadro 20 – Exemplos de orientações sobre métodos de preparação dos alimentos.

Quadro 21 – Exemplos de atividades que podem ser desenvolvidas.

VERSÃO PRELIMINAR

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Equações recomendados para cálculo da Taxa Metabólica Basal (TMB) segundo gênero, faixa etária e peso corporal.

Tabela 2 – Níveis de atividade física (NAF) segundo padrões de estilo de vida para adultos.

Tabela 3 – Faixas de distribuição de macronutrientes expressa em percentual da energia total da dieta segundo faixa etária.

Tabela 4 – Recomendações diárias de proteínas por sexo e faixa etária.

Tabela 5 – Elaboração de plano alimentar baseado nas quatro recomendações do Guia Alimentar para a População.

Tabela 6 – Valor médio de nutrientes de alimentos in natura e minimamente processados e ingredientes culinários por grupos alimentares considerando uma porção em calorias (kcal).

Tabela 7a – Quantidades em medidas caseiras dos principais alimentos que devem ser consumidos como base da alimentação (alimentos in natura e minimamente processados crus, cozidos, refogados, assados).

Tabela 7b – Quantidades em medidas caseiras dos principais alimentos que devem ser consumidos com moderação, ou seja, em pouca quantidade.

Tabela 7c – Quantidades em medidas caseiras dos principais alimentos que devem ser consumidos em muito pouca quantidade.

Tabela 8 – Porção e valor médio de calorias de alimentos ultraprocessados.

LISTA DE ABREVIATURAS

ABS – Atenção Básica à Saúde

CFN – Conselho Federal de Nutrição

CGAN – Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CRN – Conselhos Regionais de Nutricionistas

DMS – Diabetes Mellitus tipo 2

DCNT – Doenças crônicas não transmissíveis

FAO – Organização das Nações Unidas para Alimentação e a Agricultura

PNAN – Política Nacional de Alimentação e Nutrição

PNH – Política Nacional de Humanização

PNS – Pesquisa Nacional de Saúde

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNPS – Política Nacional de Promoção da Saúde

RAS – Rede de Atenção à Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

<i>LISTA DE FIGURAS</i>	5
<i>LISTA DE QUADROS</i>	6
<i>LISTA DE TABELAS</i>	8
<i>LISTA DE ABREVIATURAS</i>	9
APRESENTAÇÃO.....	13
INTRODUÇÃO	14
1. IMPORTÂNCIA DA DIMENSÃO ALIMENTAR	16
REFERÊNCIAS.....	20
PARA CONHECER MAIS.....	21
2. ATENÇÃO NUTRICIONAL	22
REFERÊNCIAS.....	28
PARA CONHECER MAIS.....	28
3. COMPORTAMENTO ALIMENTAR E HABILIDADE DE COMUNICAÇÃO	30
3.1 Comportamento alimentar e seus determinantes.....	30
3.2 Habilidade de comunicação e intervenções efetivas	35
3.3 Utilização e integração de modelos teóricos no planejamento das ações	37
3.4 Entrevista motivacional.....	43
REFERÊNCIAS.....	45
PARA CONHECER MAIS.....	45
4. AVALIAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL	47
4.1 Avaliação do consumo alimentar	50
4.2 Avaliação antropométrica	54
4.2.1 Crianças	56
4.2.2 Adolescentes	57
4.2.3 Adultos	58
4.2.4 Idosos	58
4.2.5 Gestantes	59

4.3 Instrumento de avaliação do consumo alimentar para a prática	61
REFERÊNCIAS.....	63
PARA CONHECER MAIS.....	64
5. RECOMENDAÇÕES NUTRICIONAIS	67
5.1 Recomendação nutricional versus Necessidade nutricional.....	68
5.2 Energia.....	69
5.3 Macronutrientes	73
5.3.1 Carboidratos.....	74
5.3.2 Proteína	77
5.3.3 Lipídeos	80
5.4 Micronutrientes	84
REFERÊNCIAS.....	89
PARA CONHECER MAIS.....	93
Anexo 5.1. Recomendação de ingestão de minerais para indivíduos nos diferentes estágios da vida.....	95
Anexo 5.2 Recomendação de ingestão de vitaminas para indivíduos nos diferentes estágios da vida.....	1
6. PLANEJAMENTO ALIMENTAR E NUTRICIONAL NO SUS PARA GARANTIR A ALIMENTAÇÃO ADEQUADA E SAUDÁVEL.....	2
6.1 Educação alimentar e nutricional.....	3
6.2 Processo do cuidado alimentar e nutricional.....	6
6.5 Abordagem Qualitativa	15
6.5.1 Atividades educativas sobre alimentação saudável	2
6.5.2 Práticas alimentares e o resgate da culinária para saúde e o prazer de comer	4
6.6 Abordagem Quantitativa.....	5
REFERÊNCIAS.....	1
PARA CONHECER MAIS.....	2
APÊNDICE A	5
Etapa 1 – Formação de um grupo de trabalho (GT).....	5
Guia Alimentar para a população brasileira.....	5
Etapa 2 – Chamada de materiais de apoio.....	6

Etapa 3 – I Oficina de Planejamento Dietético no Sistema Único de Saúde.....	6
Etapa 4 – Levantamento de informações e opiniões.....	7
Etapa 5 – Construção	8
Etapa 6 – Validação externa (Conselho Federal de Nutrição/Conselhos Regionais de Nutrição)	8
Etapa 7 – Validação final com especialistas	9
Etapa 8 – II Oficina de Planejamento Dietético no Sistema Único de Saúde	9
Etapa 9 – Normalização do material e diagramação.....	10
Etapa 10 – Impressão e divulgação.....	10
APÊNDICE B	1
APÊNDICE C	1
APÊNDICE D.....	2
APÊNDICE E	3

VERSÃO PRELIMINAR

APRESENTAÇÃO

O Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN/DAB/SAS/MS) apresenta as “Orientações para o cuidado nutricional individual– Material de Apoio para Profissionais Nutricionistas”, resultado de um processo compartilhado entre o Sistema do Conselho Federal de Nutrição (CFN)/Conselhos Regionais de Nutricionistas (CRN) e nutricionistas de diversos pontos de atenção à saúde.

A presente publicação tem como objetivo subsidiar os profissionais nutricionistas, que atuam em diferentes serviços das Redes de Atenção à Saúde (Hospitais Gerais e Especializados, Policlínicas, Unidades Básicas de Saúde, Centros de Atenção Psicossocial, Residências terapêuticas, Unidades de Urgência e Emergência, Atenção Especializada Ambulatorial, Atenção Domiciliar, entre outros), para a prática da atenção nutricional, surgindo como um importante desdobramento do Guia Alimentar para a População Brasileira.

Em novembro de 2014, a versão revisada do Guia Alimentar para a População Brasileira, lançada pelo Ministério da Saúde na 263ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde (CNS), ressaltou sua importância para a promoção da saúde e enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis, a contribuição da comunidade científica no processo de elaboração do documento, o compromisso na busca das melhores evidências científicas, a construção compartilhada e a abordagem da alimentação de forma qualitativa.

Considerando que orientações alimentares específicas são de responsabilidade do profissional nutricionista, cabendo-lhes adaptar as recomendações frente às condições específicas de cada pessoa, e atendendo as solicitações recebidas durante o processo de Consulta Pública do Guia Alimentar, em 2014, espera-se que o material contribua para a qualificação das rotinas e atividades desenvolvidas pelos (as) nutricionistas, em uma perspectiva integral e humanizada, para a promoção da saúde e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis da população adulta.

INTRODUÇÃO

Os dados dos recentes inquéritos nacionais demonstram o crescente aumento do excesso de peso e obesidade na população brasileira. O Brasil vem acompanhando a transição nutricional que acontece no mundo, no qual coexistem desnutrição, deficiência de micronutrientes, excesso de peso e outras doenças crônicas não transmissíveis, nas mesmas comunidades. De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada em amostra representativa no ano de 2013, a prevalência de excesso de peso em adultos é de 56,9% e de obesidade 20,8%, sendo que o excesso de peso em mulheres já alcança prevalência de 58,2% e a obesidade de 24,4%. Ainda de acordo com a PNS, 22,3% da população adulta apresenta pressão arterial alta, sobretudo em adultos com mais de 55 anos. Já o Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) acomete aproximadamente 6% da população adulta no país e 19,9% dos adultos na faixa etária de 65 a 74 anos.

Grandes esforços intersetoriais estão sendo realizados na área da saúde visando o controle do excesso de peso e obesidade. Para isso, o Ministério da Saúde vem trabalhando em duas grandes frentes: o "Plano de Ações Estratégicas para o Enfretamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022" e a "Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade - promovendo modos de vida e alimentação adequada e saudável para a população brasileira".

Tendo como base legal políticas e programas que norteiam as ações na saúde e de segurança alimentar e nutricional, como a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN), Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, e reforçando o compromisso do Ministério da Saúde com a valorização da formação dos recursos humanos na Atenção Básica, torna-se fundamental investir na formação e no desenvolvimento dos profissionais de saúde, considerados como agentes das mudanças.

Este material apresenta um conjunto de recomendações e ferramentas para apoiar os (as) nutricionistas que atuam em diferentes serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) na prática do **Planejamento Alimentar e Nutricional**, entendido aqui

como o conjunto de ações e procedimentos para a avaliação do estado nutricional e das práticas alimentares, definição do diagnóstico nutricional e construção compartilhada de estratégias alimentares para a recuperação ou manutenção da saúde, adequando-se o conteúdo apresentado às condições de saúde do indivíduo.

O planejamento alimentar é parte da Atenção Nutricional, realizado de acordo com a demanda do usuário do serviço de saúde e com as demais possibilidades de oferta de cuidados em alimentação e nutrição na Rede de Atenção à Saúde, além de outros equipamentos sociais do território (escola, centro de assistência social, local de trabalho, associações de moradores e etc.), que na perspectiva da clínica ampliada deve primar pela construção conjunta entre profissionais que compõe a equipe de saúde, o sujeito que necessita de cuidados e, por vezes, seus cuidadores.

Um dos principais destaques deste material é o enfoque inovadora de planejamento alimentar e nutricional a partir das recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira, trazendo uma abordagem qualitativa de plano alimentar baseado em suas recomendações e uma abordagem quantitativa baseada no processamento de alimentos. O foco do material é servir de instrumento para a prática profissional do (a) nutricionista dos diferentes serviços da Rede de Atenção à Saúde, que fazem parte do SUS.

Orientações específicas sobre alimentação de crianças são encontradas em outras publicações do Ministério da Saúde. Orientações específicas sobre o tratamento de doenças/agravos relacionados à alimentação e nutrição, a alimentação de vegetarianos, assim como no caso de outros tipos de restrição de alimentos, como a restrição ao consumo de leite ou de trigo, não são tratadas neste material.

1. IMPORTÂNCIA DA DIMENSÃO ALIMENTAR

► Mensagens chaves

1. A saúde e a alimentação são direitos humanos indissociáveis;
 2. A alimentação tradicional tem sido substituída pelo consumo de alimentos ultraprocessados;
 3. Dupla manifestação da insegurança alimentar e nutricional no país;
 4. Alimentação e nutrição como fatores condicionantes e determinantes da saúde;
 5. Alimentação adequada e saudável não depende unicamente da escolha individual.
-

A saúde e a alimentação são direitos humanos indissociáveis, que devem ser garantidos pelo Estado por meio de políticas públicas (BRASIL, 2010). Nos últimos anos, foram realizados esforços para superação da fome e garantia da segurança alimentar e nutricional e da saúde à população brasileira, com ações que abrangem o aumento da cobertura e acesso aos serviços de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), em especial da Atenção Básica à Saúde (ABS), a transferência de renda, a valorização do salário mínimo, o incentivo à produção de alimentos pela agricultura familiar, a universalização do acesso à água, a garantia de acesso e a promoção do consumo de alimentos adequados e saudáveis (CONSEA, 2015).

Atualmente, o Brasil é considerado referência internacional de combate à fome. O Relatório de Insegurança Alimentar no Mundo de 2014, publicado pela Organização das Nações Unidas para Alimentação e a Agricultura (FAO), demonstra que o país reduziu de forma expressiva a fome, a desnutrição e a subalimentação nos últimos anos (FAO, 2014).

Mesmo com todas essas mudanças positivas, ainda é observada a presença de desnutrição e de deficiências nutricionais em populações específicas (BRASIL, 2012; BRASIL, 2014). A alimentação tradicional tem sido substituída pelo consumo de alimentos ultraprocessados, tendo por consequência a crescente prevalência de excesso de peso e outras doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) em todas as faixas etárias e classes sociais (BRASIL, 2011; BRASIL, 2012). Este cenário representa

uma dupla manifestação da insegurança alimentar e nutricional no país, com os diferentes desfechos sobre o estado nutricional da população relacionando-se ao não acesso a uma alimentação adequada e saudável e a sua interação com outros fatores determinantes.

Uma alimentação adequada e saudável inclui o acesso permanente e regular a alimentos de qualidade e em quantidade harmônica às necessidades, que sejam adequados aos aspectos biológicos, sociais e culturais dos indivíduos¹, além de ser acessível do ponto de vista físico e financeiro e baseada em práticas produtivas sustentáveis (BRASIL, 2014). Uma alimentação variada, com combinações de alimentos, principalmente *in natura* e minimamente processados, previne uma série de doenças e pode contribuir para uma melhor qualidade de vida (BRASIL, 2012; BRASIL, 2014).

Apesar da crescente incorporação de alimentos ultraprocessados na alimentação da população, o Brasil possui particularidades regionais resultantes de seu processo histórico, intercâmbio entre diferentes culturas, existência de rica biodiversidade com grande variedade de alimentos, que permitem que hábitos tradicionais de alimentação sejam mantidos por cerca de um quinto da população, especialmente entre os residentes na zona rural, indicando cenário ainda favorável à reversão do aumento de consumo de ultraprocessados e valorização da alimentação adequada e saudável (BRASIL, 2011; CONSEA, 2015).

Essas questões demonstram que a adoção de uma alimentação adequada e saudável não depende unicamente da escolha individual, uma vez que diversos fatores podem incidir positiva ou negativamente sobre o padrão alimentar. Assim, faz-se necessário que os profissionais de saúde tenham um olhar ampliado sobre todos esses aspectos na realização da atenção nutricional a indivíduos, famílias e comunidades, e evitem culpabilizar os indivíduos pelos problemas alimentares que possuem.

FATORES QUE INTERFEREM NAS ESCOLHAS ALIMENTARES DOS INDIVÍDUOS:

- Urbanização;
- Escassez de tempo dedicado à alimentação;
- Maior participação da mulher no mercado de trabalho;

¹ O termo se refere a indivíduos, grupos, populações, familiares e/ou cuidadores.

- Não divisão entre gêneros e entre gerações no trabalho doméstico;
- Melhoria nas condições socioeconômicas;
- Redução do preço e aumento da oferta de alimentos ultraprocessados;
- Existência de ações de marketing e publicidade de alimentos ultraprocessados.

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2014.

Da mesma forma, a segurança alimentar no domicílio depende de diversos fatores domiciliares que são, por sua vez, influenciados por um conjunto de determinantes locais e regionais inseridos no contexto nacional e global.

Figura 1 - Determinantes global, nacional, regional, local e domiciliar da segurança alimentar e nutricional no domicílio.

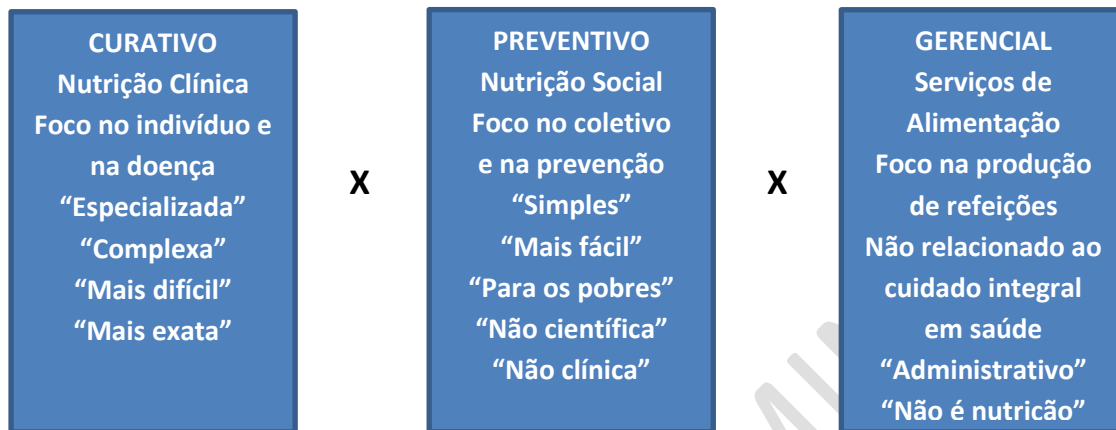


Fonte: FAO, 2014.

No entanto, Pacheco (2008) ressalta que a chamada ciência da Nutrição, reduz a compreensão sobre o papel da alimentação na satisfação de determinadas necessidades da sociedade, ao focar prioritariamente os aspectos nutricionais sanitários dos alimentos e os processos metabólicos corporais nos níveis fisiológico e patológico. Navolar e colaboradores (2012) também chamam a atenção que a inserção

da ciência da Nutrição no modelo biologicista, que possui seu foco na doença e no risco, faz com que parte das práticas de saúde respaldadas por essa ciência seja de caráter interventivo e restritivo.

Figura 2 – Características do modelo fragmentado.



Fonte: Elaborado pelos autores.

Considerando esses aspectos, Monteiro e colaboradores (2015) descreveram os objetivos do **Guia Alimentar para a População Brasileira** em três segmentos. As orientações foram projetadas para alimentar e sustentar o corpo das pessoas (promover a saúde e bem-estar, prevenir deficiências nutricionais e doenças crônicas), o espírito (promover o prazer com alimentação, a diversidade cultural, a interação social e com a natureza, ampliar a autonomia) e proteger e preservar o planeta e a biosfera. Estes três segmentos são partes indissociáveis de toda a sustentabilidade no sentido pleno do conceito, incluindo os aspectos do bem-estar da espécie humana na vida e no ambiente físico e da biosfera.

A alimentação não é uma atividade puramente biológica. A comida e os hábitos alimentares são produzidos historicamente, transformando-se e se transformam em hábitos culturais que integram o modo de viver de um povo ou grupo social (POLLAN, 2008; ROTENBERG & VARGAS, 2004; GÓES, 2008). Assim, as práticas de cuidado relativas à alimentação e nutrição precisam necessariamente ser permeadas pela dimensão não técnica que se relaciona à **sensibilidade e percepção ao projeto de vida das pessoas e de como a alimentação faz parte dele** (AYRES, 2001).

REFERÊNCIAS

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2001, vol.6, n.1 [cited 2016-07-11], pp.63-72.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2015.

_____. **Constituição (1988)**. Emenda Constitucional nº 64, de 4 de fevereiro de 2010. Altera o art. 6º da Constituição Federal, para introduzir a alimentação como direito social. Brasília, 2010. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc64.htm

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia Alimentar para a população brasileira**. 2.ed.-Brasília:Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/pnan2011.pdf>>.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: Análise do Consumo Alimentar Pessoal no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE; 2011.

BUSS, Paulo Marchiori and PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis** [online]. 2007, vol.17, n.1 [cited 2016-07-11], pp.77-93.

CONSEA - Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. **Documento de Referência da 5ª Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional**. Brasília, DF: Consea, 2015.

GÓES, J. A. W. Hábitos alimentares globalização ou diversidade? In: FREITAS, MCS., FONTES, GAV., and OLIVEIRA, N., orgs. **Escritas e narrativas sobre alimentação e cultura** [online]. Salvador: EDUFBA, 2008.

MONTEIRO, C. A.; CANNON, G.; MOUBARAC, J. C. et al. Dietary guidelines to nourish humanity and the planet in the twenty-first century. A blueprint from Brazil. *Public Health Nutr.* 2015 Jul 24:1-12.

NAVOLAR, T. S.; TESSER, C. D. and AZEVEDO, E. Contribuições para a construção da Nutrição Complementar Integrada. **Interface** (Botucatu) [online]. 2012, vol.16, n.41 [cited 2016-07-11], pp.515-528.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A ALIMENTAÇÃO E A AGRICULTURA – FAO. **O estado da segurança alimentar e nutricional no Brasil**. Um retrato multidimensional: relatório 2014. Brasília, 2014. Disponível em: https://www.fao.org.br/download/SOFI_p.pdf. Acesso em: 22 out. 2014.

PACHECO, S. S. M. O hábito alimentar enquanto um comportamento culturalmente produzido. In: FREITAS, MCS., FONTES, GAV., and OLIVEIRA, N., orgs. **Escritas e narrativas sobre alimentação e cultura** [online]. Salvador: EDUFBA, 2008.

POLLAN, M. **Em defesa da comida** / Michael Pollan; tradução de Adalgisa Campos da Silva. — Rio de Janeiro: Intrínseca, 2008.

ROTENBERG, S. and DE VARGAS, S. Práticas alimentares e o cuidado da saúde: da alimentação da criança à alimentação da família. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** [online]. 2004, vol.4, n.1 [cited 2016-07-11], pp.85-94.

PARA CONHECER MAIS

FAO, FIDA y PMA. 2015. El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo 2015. Cumplimiento de los objetivos internacionales para 2015 en relación con el hambre: balance de los desiguales progresos. Roma, FAO. Disponível em: <http://www.fao.org/hunger/es/>

Vídeo: Será que nós sabemos o que estamos comendo?

A Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) alerta para a ingestão de uma grande quantidade de ingredientes artificiais presentes nos alimentos industrializados consumidos diariamente por crianças e adultos de todo o Brasil. A troca dos processados por uma alimentação in natura (frutas, verduras e hortaliças, por exemplo) evita uma série de prejuízos à saúde. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=6zapnb0CvTk>

Vídeo: Pera aí é nosso direito

O tema abordado neste programa é alimentação, um direito garantido na Declaração Universal dos Direitos Humanos e pela Constituição Brasileira. O documentário foi dirigido por Renato Barbiéri e produzido pela Videografia e mostra a busca pelo direito de uma alimentação adequada de duas comunidades, uma localizada próxima a Maceió (AL) e a outra em Teresina (PI). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=GtCE-4-EV9w>

2. ATENÇÃO NUTRICIONAL

➤ Mensagens chaves

- Atenção nutricional como parte de um conjunto integrado de cuidados;
 - Superação da fragmentação do cuidado em saúde e seu foco biológico;
 - Construção de relações de confiança, compromisso e vínculo;
 - Decisões compartilhadas e compromissadas com a autonomia e saúde dos usuários do SUS;
 - Construção compartilhada do planejamento alimentar.
-

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) aponta em sua diretriz sobre **Organização da Atenção Nutricional** que as práticas e processos de acolhimento precisam considerar a alimentação e nutrição como determinantes de saúde e levar em conta a subjetividade do comportamento alimentar. Importante disseminar essas concepções, contribuindo para a qualificação da escuta e capacidade resolutiva em uma perspectiva humanizada (BRASIL, 2012).

ATENÇÃO NUTRICIONAL

A **atenção nutricional** compreende os cuidados relativos à alimentação e nutrição voltados à promoção e proteção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de agravos, devendo estar associados às demais ações de atenção à saúde do SUS.

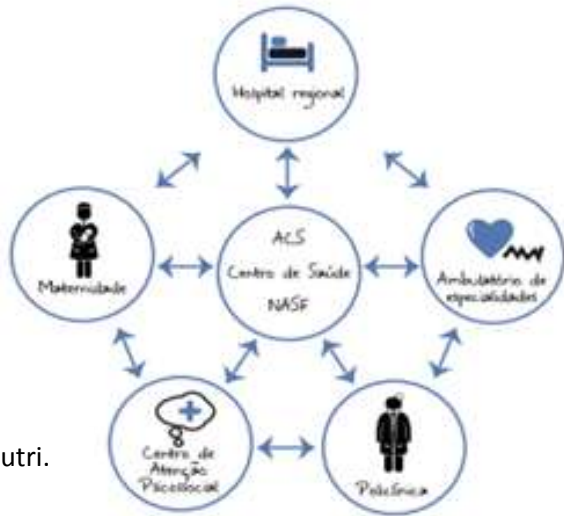
- ★ Considerar as especificidades dos sujeitos (indivíduo, família e comunidade);
- ★ Partir das necessidades dos indivíduos;
- ★ Responder às necessidades de saúde presentes nos territórios considerando as de maior frequência e relevância;
- ★ Observar critérios de risco e vulnerabilidade.

Fonte: BRASIL, 2012.

A **Atenção Nutricional** é ofertada de diferentes modos nos serviços de saúde, a depender de uma série de fatores, entre eles: a função do serviço na Rede de Atenção à Saúde, o perfil dos usuários atendidos (fase do curso da vida, estado de saúde, situação socioeconômica, empoderamento sobre sua saúde), os saberes e práticas dos profissionais envolvidos, as tecnologias de cuidado empregadas, a articulação com

outros setores, as tensões entre o modelo biomédico e a perspectiva da atenção

Figura 3 – ABS atuando como centro de comunicação das RAS.



Fonte: RedeNutri.

integral à saúde, entre outros.

Considerando que a alimentação é mais do que a ingestão de nutrientes, incluindo as dimensões culturais e sociais das práticas alimentares (BRASIL, 2014), e que a atenção nutricional ofertada no SUS faz parte de um conjunto integrado de cuidados que visam à conformação de uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) resolutiva e humanizada, compreende-se a

necessidade latente de superação da hegemonia do modelo biomédico, caracterizado pela predominância da natureza biológica da doença, ainda fortemente presente nos cuidados em alimentação e nutrição.

REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

A **Rede de Atenção à Saúde (RAS)**, estabelecida pela Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, tem como objetivo prestar uma atenção integral, de qualidade, resolutiva, de forma regionalizada, com integração entre os diversos pontos de atenção (locais que prestam atenção singular) que, de fato, atenda às necessidades da população adscrita.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2015. 127 p. Disponível em: <http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf>

_____. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial** [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, nº 251 – 31 de dezembro de 2010, Seção 1, p.88. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html

Nesse sentido, a PNAN (BRASIL, 2012) reconhece na Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS direcionamentos éticos e políticos, que se traduzem em determinados arranjos de trabalho, que podem repercutir positivamente sobre a oferta de cuidados em alimentação e nutrição no SUS. Entre as diretrizes da PNH, cabe destacar a *Clínica Ampliada* e o *Acolhimento*.

ACOLHIMENTO

O que é?

Acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/populações. Como valor das práticas de saúde, o acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de **relações de confiança, compromisso e vínculo** entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede sócio afetiva. Trata-se de uma prática constitutiva das relações de cuidado.

Como se faz?

Com uma escuta qualificada oferecida pelos profissionais às necessidades do indivíduo, é possível garantir o acesso oportuno desse indivíduo a tecnologias adequadas às suas necessidades, ampliando a efetividade das práticas de saúde. Isso assegura, por exemplo, que todos sejam atendidos com prioridades a partir da avaliação de vulnerabilidade, gravidade e risco.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea** (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume I). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf

CLÍNICA AMPLIADA

O que é?

A clínica ampliada é uma ferramenta teórica e prática cuja finalidade é contribuir para uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento, que considere a **singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença**. Permite o enfrentamento da fragmentação do conhecimento e das ações de saúde e seus respectivos danos e ineficácia.

Como se faz?

Utilizando recursos que permitam enriquecimento dos diagnósticos (outras variáveis além do enfoque orgânico, inclusive a percepção dos afetos produzidos nas relações clínicas) e a qualificação do diálogo (tanto entre os profissionais de saúde envolvidos no tratamento quanto destes com o indivíduo), de modo a possibilitar decisões compartilhadas e compromissadas com a autonomia e a saúde dos usuários do SUS.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf

Entretanto, a qualificação da atenção nutricional em todos os serviços de saúde do SUS esbarra com o grande desafio de superar a fragmentação do cuidado em saúde e seu foco estritamente biológico. A disputa em torno do saber-poder sobre as partes dos corpos e da vida dos usuários dificulta a construção de uma equipe interdisciplinar, a qual tem como objetivo principal a defesa da vida e considera o usuário do serviço de saúde como sujeito de sua própria vida.

A construção compartilhada do planejamento alimentar entre nutricionistas, demais profissionais de saúde, sujeito-usuário do serviço e seus cuidadores, visa possibilitar a junção de diferentes olhares e perspectivas para a oferta de melhores cuidados em alimentação e nutrição que permitam evitar ou produzir alívio de sofrimentos e ampliar os modos de vida estreitados por uma doença ou agravo.

SOBRE A ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL NUTRICIONISTA

São atividades privativas do profissional nutricionista, assistência dietoterápica hospitalar, ambulatorial e em nível de consultórios de nutrição e dietética, prescrevendo, planejando, analisando, supervisionando e avaliando dietas para enfermos.

BRASIL. Lei nº 8.234, de 17 de setembro de 1991. Regulamenta a profissão de Nutricionista e determina outras providências. *Diário Oficial* [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 18 de setembro de 1991, Seção 1, p. 19909. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1989_1994/L8234.htm

ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Para a prática da atenção nutricional no âmbito da ABS, as equipes de referência deverão ser apoiadas por equipes multiprofissionais, a partir de um processo de matriciamento e clínica ampliada, assim como nos demais serviços da RAS.

Como se faz?

- Realizando vigilância alimentar e nutricional;
- Ofertando ações de promoção da saúde e prevenção de forma intersetorial;
- Estimulando o apoio ao autocuidado;
- Realizando assistência terapêutica multiprofissional;
- Reconhecendo o contexto sociocultural dos usuários que buscam o serviço de saúde;
- Contemplando os aspectos mais amplos relacionados ao padrão alimentar;
- Identificando locais de produção, comercialização e distribuição de alimentos (como feiras livres, supermercados, restaurantes, cooperativas de beneficiamento,

pomares e hortas, disponibilidade e acesso à água potável, entre outros);

- Conhecendo os costumes e tradições alimentares locais (como alimentos e receitas típicas, fases da vida nas quais são introduzidas ou retiradas determinados alimentos e etc.);
- Incluindo questões de renda familiar, escolaridade, religião, entre outras.

Fonte: BRASIL, 2012; BRASIL, 2015.

CONTEXTO DO LAR / RESIDÊNCIA

Como se faz?

- Considerando o significado diferente daquele vivenciado em ambiente institucionalizado;
- Contemplando as habilidades culinárias;
- Incluindo a comensalidade (Como come? Com quem? Aonde come? E etc.);
- Considerando a flexibilidade no horário das refeições e a relação de gênero no processo de planejamento e preparo das refeições.
- Reconhecendo o contexto sociocultural dos usuários que buscam o serviço de saúde;
- Incluindo questões de renda familiar, escolaridade, religião, entre outras.
- Contemplando os aspectos mais amplos relacionados ao padrão alimentar;
- Identificando locais de produção, comercialização e distribuição de alimentos (como feiras livres, supermercados, restaurantes, cooperativas de beneficiamento, pomares e hortas, disponibilidade e acesso à água potável, entre outros).

ATENÇÃO DOMICILIAR

A utilização de via alternativa de alimentação e o conjunto de restrições alimentares podem interferir, em maior ou menor grau de intensidade, na rotina e hábitos de vida do indivíduo e de sua família, no seu comportamento social e na sua vida produtiva, entre outros aspectos (BRASIL, 2015).

Como se faz?

- Qualificando a formação técnica;
- Considerando aspectos éticos para a definição da melhor fórmula nutricional a ser utilizada, quando esta for necessária (artesanal, produzida com alimentos no próprio domicílio; industrializada, à base de nutrientes isolados fabricada por indústria especializada; mista, produzida com alimentos e fórmulas industrializadas);
- Melhorando a comunicação entre as equipes dos diferentes serviços da rede de atenção à saúde;
- Fortalecendo a integralidade e continuidade do cuidado.

Fonte: BRASIL, 2015; PEREIRA et al, 2014; DELDUQUE e SILVA, 2014.

SERVIÇOS AMBULATORIAIS ESPECIALIZADOS (centros de referência; serviços localizados dentro de hospitais ou policlínicas, entre outros)

- Articulando as dimensões biológica, social e cultural da alimentação;
- Articulando com a equipe de referência da Atenção Básica para apoiar na compreensão das condições de vida do usuário;
- Construindo um projeto terapêutico compartilhado e mais efetivo.

AMBIENTE HOSPITALAR

A individualização da “dieta” no ambiente hospitalar, por exemplo, é vista como um aspecto desafiador. Faz-se necessário que os diferentes profissionais envolvidos com o cuidado se sintam parte dele, seja entre os (as) nutricionistas “clínicos (as)” e “administradores (as)” da

produção de refeições”, seja entre os profissionais de outros núcleos de conhecimento, exigindo, na formação e educação permanente, o desenvolvimento de habilidade para o exercício da interdisciplinaridade (PEDROSO et al, 2011).

Como se faz?

- Tendo uma visão mais flexível e humanística da alimentação hospitalar;
- Considerando aspecto mais amplo do que propriamente atender às necessidades biológicas;
- Conduzindo as rotinas hospitalares o mais próximo da realidade;
- Desenvolvendo cozinhas experimentais com valorização dos aspectos culinários;
- Realizando testes de degustação;
- Investindo em pessoas para um atendimento mais humanizado;
- Fomentando ações educativas e estratégias de envolvimento do indivíduo e de funcionários;
- Possibilitando horários adaptáveis de refeições;
- Investindo em refeitórios para pacientes.

Fonte: (DIEZ-GARCIA et al, 2012)

Estas ações podem não ser fáceis de serem implementadas, já que demandam mudanças nas rotinas e protocolos adotados pelo serviço de saúde, no entanto, os gestores e profissionais atuantes nesses serviços devem constantemente buscar soluções viáveis para tentar garantir o bem-estar dos indivíduos hospitalizados.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia Alimentar para a população brasileira**. 2.ed.-Brasília:Ministério da Saúde, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cuidados em terapia nutricional – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015. (Caderno de Atenção Domiciliar ; v. 3)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/pnan2011.pdf>

DELDUQUE, M.C.; SILVA, A.B. O direito fundamental à alimentação nos tribunais: uma análise. *Demetra*; 2014; 9(Supl.1); 393-408.

DIEZ-GARCIA, R. W.; PADILHA, M.; SANCHES, M. Alimentação hospitalar: proposições para a qualificação do Serviço de Alimentação e Nutrição, avaliadas pela comunidade científica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 473-480, Feb. 2012.

PEDROSO, C. A. G. T.; SOUSA, A. A.; SALLES, R. KE. Cuidado nutricional hospitalar: percepção de nutricionistas para atendimento humanizado. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1155-1162, 2011.

PEREIRA, T.N. et al. Perfil das demandas judiciais para fornecimento de fórmulas nutricionais encaminhadas ao Ministério da Saúde do Brasil. **Demetra**; 2014; 9(Supl.1); 199-214

PARA CONHECER MAIS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Manual de terapia nutricional na atenção especializada hospitalar no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS [recurso eletrônico] – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_terapia_nutricional_atencao_especializada.pdf

Curso: Introdução à Política Nacional de Alimentação e Nutrição

O curso de autoaprendizagem à distância elaborado pela Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN/DAB/SAS/MS), em parceria com a RedeNutri, tem como principal objetivo contribuir com a formação de profissionais de saúde para atuarem na Vigilância Alimentar e Nutricional da população usuária dos serviços de Atenção Básica à Saúde. Disponível em: <http://ecos-redenutri.bvs.br/>

Curso: Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde

Curso tem como principal objetivo apresentar e discutir a matriz conceitual da atenção à saúde no formato de Redes Integradas, focalizando na Atenção Primária/Estratégia Saúde da Família como seu centro de comunicação. O curso é desenvolvido em três unidades. Disponível em: <http://ecos-redenutri.bvs.br/>

Ferramenta: Telessaúde

Serviço de apoio diagnóstico e terapêutico, com ênfase no caráter educativo de suas ações, ao prover apoio assistencial, por meio das teleconsultorias, segunda opinião formativa, teli diagnóstico e tele-educação. Disponível em: <http://aps.bvs.br/>

Ferramenta: RedeNutri

A RedeNutri (Rede de Alimentação e Nutrição do Sistema Único de Saúde) é um espaço virtual para a troca de informações e experiências, bem como a reflexão sobre as estratégias de implementação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN). Disponível em: http://ecos-redenutri.bvs.br/tiki-view_articles.php

Ferramenta: Ideias na Mesa

A missão da rede virtual Ideias na Mesa é dar visibilidade às experiências de Educação Alimentar e Nutricional (EAN) no Brasil e para a consolidação de referenciais técnicos, conceituais e metodológicos por meio de uma rede virtual que propicie a rápida troca de informações, conhecimentos e práticas. Disponível em: <http://www.ideiasnamesa.unb.br/index.php>

Ferramenta: Comunidade de Práticas

Plataforma associada ao #susconecta, é um espaço virtual criado para os trabalhadores, estudantes, professores, pesquisadores e usuários do SUS. É uma rede social colaborativa que permite a troca de informações, a realização de cursos a distância, a criação de redes de apoio e de comunidades virtuais, bem como o compartilhamento de experiências. Disponível em: <https://novo.atencaobasica.org.br/>

Ferramenta: Avasus

Plataforma que visa promover conhecimento integrado e acessível em educação para a saúde. Os cursos são ofertados por instituições de ensino com referência em educação a distância. Os módulos foram elaborados a partir das necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS) e têm objetivo de qualificar a formação de profissionais e trabalhadores da Saúde. O AvaSUS permite que você acesse os módulos a qualquer hora, conforme sua rotina e necessidade. Disponível em: <https://avasus.ufrn.br/?redirect=0>

3. COMPORTAMENTO ALIMENTAR E HABILIDADE DE COMUNICAÇÃO

► Mensagens chaves

- Construção de relações de confiança, compromisso e vínculo;
 - Decisões compartilhadas e compromissadas com a autonomia e saúde dos usuários do SUS;
 - Importância da comunicação no processo de promoção da alimentação adequada e saudável;
 - Escolhas alimentares e o ato de comer são complexos e permeados por diversos aspectos subjetivos;
 - Construção compartilhada do planejamento alimentar.
-

3.1 Comportamento alimentar e seus determinantes

Por que as pessoas comem o que elas comem? Em fisiologia, a resposta é fome, contudo as escolhas alimentares e o ato de comer são muito mais complexos e permeados por diversos aspectos subjetivos e que estão associados a múltiplos significados que transcendem a mera satisfação de uma "necessidade fisiológica" (Gallian, 2007).

Sophie Deram (2014) descreve que além da fome fisiológica, também podemos destacar outros três tipos de fomes (social, específica ou vontade e emocional):

- **Fome fisiológica** é a sensação produzida pelo organismo para sinalizar a necessidade de receber alimentos para manter as atividades vitais.
- **Fome social** está relacionada a uma situação social, como uma celebração ou reunião entre amigos, na qual é comum as pessoas comerem um pouco mais do que estão acostumadas (e isso não trará prejuízos ao seu estado nutricional).
- **Fome específica ou vontade** está associada ao prazer em consumir determinado alimento que, por exemplo, traz uma lembrança de infância.

- **Fome emocional** envolve a necessidade de comer para satisfazer algum sentimento de tristeza, alegria, angústia, ansiedade, dor, tédio. Normalmente, a pessoa come de forma impulsiva, sem sentir o sabor ou prazer com aquela refeição.

A saciedade é outro sinal inato que o cérebro sinaliza, porém ao contrário da fome, ocorre quando já comemos o suficiente. Nos últimos anos, diversos fatores passaram a ter maior influência na decisão do ato comer (quando, o que, quanto), se sobrepondo a esses sinais. Pedir para alguém que modifique os seus hábitos alimentares é, portanto, pedir-lhe que modifique a sua maneira de viver e, uma vez que a maioria das pessoas considera isso uma ruptura, tenderá a haver resistência, medo, angústia.

FOME E SACIEDADE

Em termos fisiológicos, a regulação da ingestão alimentar e o controle do peso corporal é um processo altamente complexo que envolve inúmeras ações hormonais (insulina, leptina e grelina) que interagem com receptores e neurônios específicos (orexígenos e anorexígenos). Esse controle do balanço energético é regulado centralmente pelo cérebro, especificamente por ações sobre o hipotálamo, o tronco cerebral e o sistema nervoso (Coll et al, 2007).

Diversos fatores, como estresse, correria na hora de comer, dietas restritivas e de calorias podem contribuir para o desequilíbrio desses processos já que tentam enganar os mecanismos normais do organismo ou impor ações que não estão associadas ao seu equilíbrio normal. Nesses casos, as pessoas se desconectam das sensações de fome e saciedade e se concentram somente na parte racional do comer: o que comer e quando comer. Para avaliar a percepção e o respeito às sensações de fome e saciedade, o (a) nutricionista pode realizar perguntas, como:

Você sente fome? Você come quando está com fome?

Como você identifica que já comeu o suficiente, isto é, que está na hora de parar de comer?

Há quanto tempo você se alimenta sem respeitar a sua fome ou a sua saciedade, comendo no “piloto automático”, sem perceber o seu corpo?

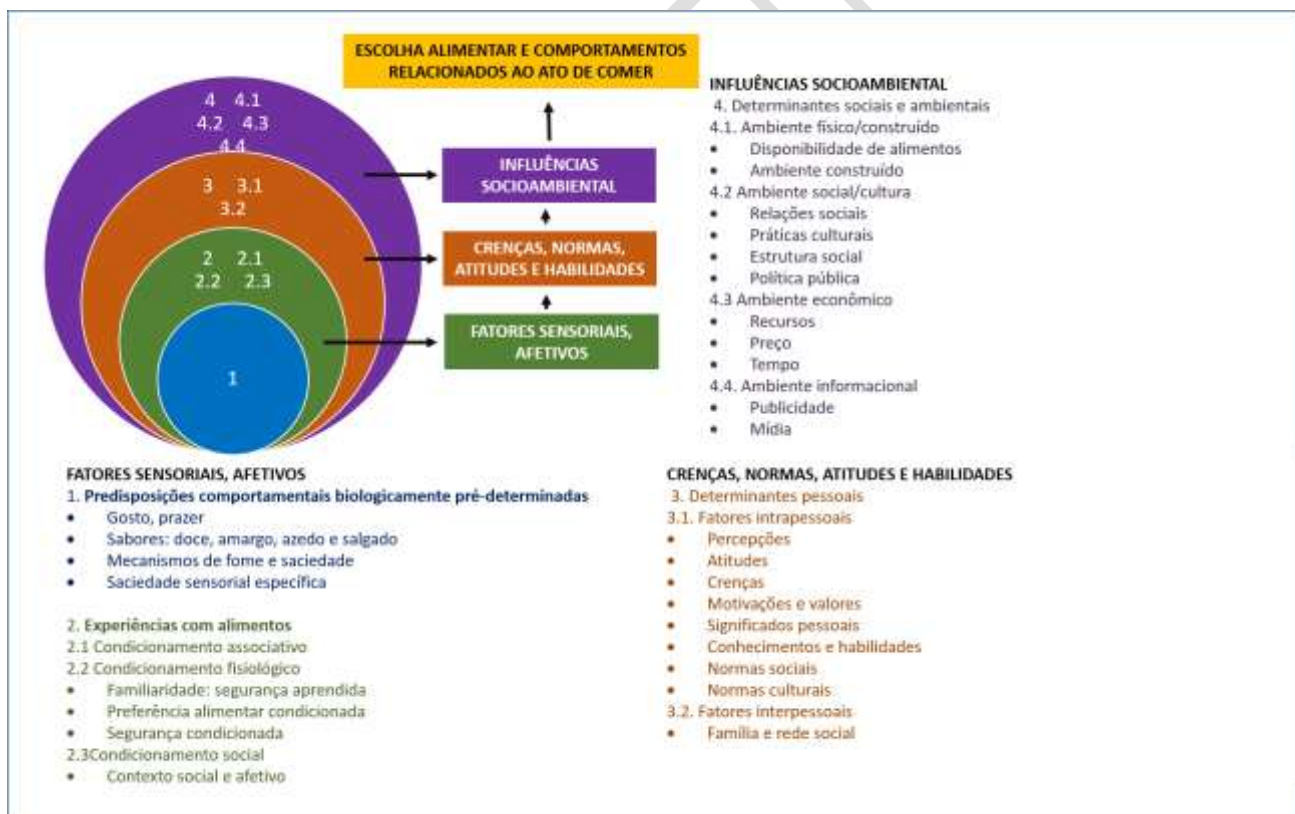
Outra sugestão para auxiliar na conscientização da pessoa, é sugerir que ela faça anotações sobre a sensação de fome e saciedade antes e após as refeições, por exemplo, um registro alimentar anotando tudo que come e como se sente.

Por isso, é essencial entender os fatores envolvidos nas escolhas alimentares e no comportamento relacionado ao ato de comer antes de planejar e orientar uma intervenção alimentar e nutricional. As predisposições comportamentais biologicamente pré-determinadas, como os gostos, são influências importantes. Contudo, essas predisposições podem ser modificadas pelas experiências com os alimentos, bem como pelos diversos fatores intra e interpessoais. O ambiente pode facilitar ou dificultar a capacidade das pessoas para agir em suas predisposições biológicas, preferências ou questões pessoais.

Para facilitar a compreensão, Contento (2011)² separou as influências em três categorias: fatores relacionados aos alimentos, fatores relacionados às escolhas alimentares e os fatores físicos e socioambientais externos – isto é, fatores relacionados ao alimento, pessoal e ambiental. Diferentes fatores dentro dessas três categorias influenciam as escolhas alimentares e ato de comer.

Na **figura 4**, uma série de círculos concêntricos representa esquematicamente a maneira como os determinantes biológicos, experimentais, pessoais, sociais e ambientais influenciam as escolhas alimentares e as práticas relacionadas à alimentação. Nenhum fator é independente de qualquer outro: estão todos relacionados, cada círculo maior englobando os círculos menores. Estes círculos concêntricos refletem níveis de influência ou esferas de sobreposição de influência (Contento, 2011).

Figura 4 – Resumo dos determinantes das escolhas alimentares.



² Isobel R Contento é membro do Departamento de Saúde e Estudos do Comportamento e Coordenadora do Programa de Nutrição da Teachers College Columbia University. Atua na educação nutricional e em diversas pesquisas de intervenção e projetos de avaliação nesta temática no país e no exterior. Publicou inúmeros artigos e capítulos de livros e atuou nos conselhos editoriais de várias revistas. A terceira edição do seu livro, Educação Nutricional, que liga a investigação, teoria e prática foi publicada em 2016.

Fonte: Adaptado de Contento, 2011.

Biologia e experiência pessoal com alimentos

Os seres humanos nascem com uma predisposição biológica para preferir o gosto doce, salgado e umami³ e rejeitar o gosto amargo e azedo. Existem algumas diferenças genéticas entre os indivíduos em relação à sensibilidade aos gostos que podem influenciar as escolhas alimentares. Contudo, as preferências individuais por alimentos específicos e os padrões de aceitação de alimentos são aprendidos pela familiaridade com esses alimentos, isto é, as preferências podem ser modificadas pelas experiências repetidas aos alimentos. A sensação de saciedade também é aprendida.

Determinantes pessoais

Ao longo da vida, as pessoas adquirem conhecimentos e desenvolvem percepções, expectativas e sentimentos sobre os alimentos. Essas percepções, atitudes, crenças, valores, emoções e significados pessoais são determinantes importantes das escolhas e comportamentos alimentares. Além disso, as interações com outras pessoas e com seu ambiente social são outros fatores que também possuem forte influência (família, amigos, comunidade, escola).

Determinantes sociais e ambientais

O ambiente alimentar (mercados, escolas, creches, trabalho, áreas industriais, rodovias) influencia na disponibilidade e acesso dos alimentos. As práticas culturais, a estrutura social (comunidades, religiões, associações) e as políticas (local, estadual e federal) favorecem ou dificultam o estilo de vida saudável, assim como, os determinantes econômicos, que incluem o preço dos alimentos, a renda familiar, a disponibilidade de tempo e a educação. As informações disponíveis na mídia sobre alimentação (dietas restritivas, detox ou alimentos milagrosos) e a publicidade de alimentos, especialmente dirigida a crianças e adolescentes, têm se mostrado fatores

³ O quinto sabor UMAMI foi descoberto pelo pesquisador Kikunae Ikeda, da Faculdade de Ciências da Universidade Imperial de Tóquio, no Japão, em 1909. Umami, um sabor peculiar e diferente dos outros quatro sabores (doce, ácido, amargo e salgado), é atribuído às propriedades da forma iônica do ácido glutâmico.

Fonte: Ikeda, Kikunae. New Seasonings. *Chem. Senses* 27: 847–849, 2002. Disponível em:

<http://chemse.oxfordjournals.org/content/27/9/847.long>

fortemente determinantes das escolhas alimentares e do comportamento relacionado ao ato de comer pela grande capacidade de persuasão que possuem.

AMBIENTE ALIMENTAR X CONSUMO DE FRUTAS, LEGUMES E VERDURAS

- O conceito de ambiente alimentar, no contexto de vizinhança, vem sendo classificado entre dois tipos: o ambiente alimentar da comunidade (acesso) e o ambiente alimentar do consumidor (disponibilidade).
- Estudos apontam que a facilidade de acesso a estabelecimentos fornecedores de frutas e hortaliças e maior disponibilidade de alimentos saudáveis nos estabelecimentos associam-se à maior disponibilidade nos domicílios e ao aumento do consumo destes alimentos.
- No Brasil, em uma análise ecológica realizada com adultos residentes em São Paulo, verificou-se que áreas com maior concentração de sacolões e feiras-livres apresentaram maiores taxas de consumo.
- O fácil acesso a supermercados e estabelecimentos especializados na venda de FVL, a boa percepção em relação à qualidade, variedade e custo destes alimentos, apresentam uma associação positiva com o seu consumo.
- A presença de supermercados e grandes mercados na vizinhança apresentam associação com dietas mais saudáveis entre os indivíduos residentes na região, além de serem considerados protetores para o desenvolvimento da obesidade. A explicação é devido a maior quantidade e variedade de alimentos saudáveis a preços mais acessíveis nestes locais.

COSTA, B. V. L.; OLIVEIRA, C. Di L. and LOPES, A. C. S. Ambiente alimentar de frutas e hortaliças no território do Programa da Academia da Saúde. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2015, vol.31, suppl.1 [cited 2016-05-30], pp.159-169.

DURAN, Ana Clara da Fonseca Leitão. Ambiente alimentar urbano em São Paulo, Brasil: avaliação, desigualdades e associação com consumo alimentar. 2013. Tese (Doutorado em Nutrição em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6138/tde-02102013-164136/>.

ZUCCOLOTTO, D. C. C. A relação entre a percepção do ambiente alimentar e o consumo de frutas e hortaliças em gestantes. 2013. *Dissertação de Mestrado* - Universidade de São Paulo (USP). Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto Ribeirão Preto.

QUESTÕES A SEREM CONSIDERADAS:

CULTURA - A cultura alimentar é repleta de símbolos, expressões sociais que desvendam prazeres e ritos. O hábito alimentar segue saberes e práticas culinárias e, atualmente, sofre forte influência da mídia e da indústria dos alimentos. Esses aspectos vão se associando aos valores culturais do mundo cotidiano provocando as mudanças ao longo dos anos. Por exemplo, as novas tecnologias geram nos mercados de consumo novos desejos e a formação de novos hábitos alimentares, conformando a cultura globalizada dos *fast foods*. A promoção da alimentação adequada e saudável deve considerar o resgate, valorização e fortalecimento da cultura brasileira, respeitando as diferenças regionais e os costumes local e familiar do indivíduo. Essa prática, além de fortalecer a agricultura sustentável que respeita o conhecimento local e defende a biodiversidade, reconhece a herança cultural e valor histórico do alimento.

CONHECIMENTOS E CRENÇAS ALIMENTARES - São inúmeras as informações disponíveis

tanto sobre os benefícios dos comportamentos saudáveis como os riscos daqueles não saudáveis (como tabagismo, sedentarismo, baixo consumo de frutas, verduras e legumes). O conhecimento sobre alimentação e nutrição é extremamente importante para promover escolhas alimentares saudáveis, contudo não é suficiente para promover mudanças comportamentais. Na maioria das vezes, o despertar da consciência crítica do indivíduo não é imediatamente percebido pelo profissional. Esta mudança só será percebida quando a pessoa der marcas da transformação de seu saber por meio de mudanças de práticas e hábitos. É um processo longo, complexo e contínuo e ocorre na intermediação de saberes, em que não será mais o saber científico e o saber popular, mas a construção de um novo saber (Alvim E Ferreira, 2007).

CUSTO DOS ALIMENTOS - O custo de uma alimentação saudável é frequentemente citado como um obstáculo, principalmente quando essa alimentação está associada a alimentos ultraprocessados que possuem alegações de saúde e/ou a “super alimentos” que não são comercializados localmente. A impressão de que a alimentação saudável é necessariamente cara decorre do preço relativamente mais alto de alguns alimentos perecíveis como legumes, verduras e frutas. Embora, individualmente, esses alimentos possam ter preço superior ao de alguns alimentos ultraprocessados, o custo total de uma alimentação baseada em alimentos *in natura* ou minimamente processados ainda é menor no Brasil do que o custo de uma alimentação baseada em alimentos ultraprocessados (Brasil, 2014). O profissional deve trabalhar com o indivíduo opções que considerem a sua realidade financeira, como, por exemplo, o valor da renda disponível para compra de alimentos, o espaço no domicílio ou em outro local próximo (familiar ou vizinho) para uma horta, existência de feira de produtores no território ou, quando necessário, encaminhamento para a Assistência Social.

ALVIM, N. A. T.; FERREIRA, M. A. Perspectiva problematizadora da educação popular em Saúde e a enfermagem. **Texto Contexto Enferm.** v. 16, n. 2, abr-jun, p.315-9. 2007

BRASIL. Ministério da Saúde. **Desmistificando dúvidas sobre alimentação e nutrição** : material de apoio para profissionais de saúde / Ministério da Saúde, Universidade Federal de Minas Gerais. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Alimentos regionais brasileiros**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 484 p.

SLOW FOOD. **A biodiversidade**. Disponível em: <http://slowfoodbrasil.com/documentos/slowfood-livreto-biodiversidade.pdf>

3-2 Habilidade de comunicação e intervenções efetivas

No âmbito da saúde, o conceito de comunicação extrapola a visão de um simples processo de transmissão de informações de um emissor a um receptor, tornando-se algo mais complexo que envolve vários aspectos que contribuem para esse processo, como a circulação das mensagens e suas apropriações pelos diferentes atores. A

comunicação é um elemento essencial para a promoção da saúde já que proporciona a interação e a troca de informações entre as instituições, comunidades e indivíduos.

É fundamental substituir a tradicional relação distanciada, hegemônica, prescritiva, aparentemente neutra e livre de afetos, por níveis mais profundos de acolhimento e vínculo com os indivíduos e grupos. A relação se torna mais humanizada e horizontal quando as formas de agir e falar ocorre por meio de gestos e atitudes capazes de gerar empatia e acolhimento (Ceron, 2015).

O roteiro de consulta é apenas uma orientação na conversa do profissional com o indivíduo. As perguntas de forma aberta e interativa proporcionam um diálogo, de modo que o indivíduo se sinta à vontade para falar de sua realidade, emoções, sentimentos e expectativas. Perguntas sobre as suas condições de vida, suas atividades laborais e cotidianas, sua alimentação, sua relação com o corpo e a saúde irão fornecer informações importantes para o profissional orientar o cuidado à saúde.

O objetivo da atuação do (a) nutricionista deve ser, portanto, contribuir no desenvolvimento de uma **consciência de autocuidado**. Isto é, levar as pessoas a se preocuparem com sua própria saúde, bem-estar e compreenderem que suas escolhas provocam impactos em sua vida.

E O QUE É UMA MUDANÇA EFETIVA E SUSTENTÁVEL?

Vamos considerar um caso de um adolescente que apresenta consumo frequente e excessivo de salgadinho de “pacote” e refrigerante e não consome frutas. Se, após a intervenção do profissional, o adolescente consegue inserir livremente uma opção de fruta na sua alimentação, podemos considerar como uma intervenção efetiva?

Ao invés disso, simplesmente banir alimentos que as pessoas estão acostumadas a consumir e que fazem parte da sua vida social em detrimento da obrigatoriedade de manter uma alimentação nutricionalmente balanceada poderia ser considerado adequado?

Promover a consciência do autocuidado⁴ e a autonomia do indivíduo pode trazer intervenções mais efetivas, isto é, intervenções duradouras que envolvem comportamentos, atitudes e estilo de vida já que são promovidas pelo próprio indivíduo.

Este material destaca a necessidade de incluir dois fatores importantes no processo de planejamento da intervenção alimentar e nutricional que visa à mudança do

⁴ Autocuidado é a realização de ações voluntárias e intencionais dirigidas a si mesmo ou ao ambiente, a fim de regular o próprio funcionamento de acordo com seus interesses na vida, o funcionamento integrado e de bem-estar.

Fonte: BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. **Educação Alimentar e Nutricional**: o direito humano a alimentação adequada e o fortalecimento de vínculos familiares nos serviços socioassistenciais. Caderno Teórico. Brasília, 2015.

comportamento alimentar para a promoção da saúde: primeiro corresponde ao **desenvolvimento de habilidades técnicas** do profissional para que motive e sensibilize os indivíduos no sentido desejado, e segundo se refere a **utilização e a integração de modelos teóricos e pedagógicos** no planejamento dessas ações.

COMO FAZER A COMUNICAÇÃO VERBAL SER EFETIVA?

A comunicação efetiva é definida como a capacidade de usar uma linguagem apropriada, de o indivíduo compreender e se apoderar das informações traduzindo-as para a sua realidade. É entendida como a capacidade não só de se fazer claro, objetivo e efetivo, mas também de ouvir. Dessa forma, a comunicação efetiva deve ser bidirecional, isto é, o emissor e o receptor devem interagir.

- Trabalhar para estabelecer uma relação de empatia e criação de vínculo;
- Escutar o indivíduo em todas as dimensões (verbais e não verbais) e dar a pessoa tempo para pensar e refletir sobre a discussão;
- Realizar uma escuta ativa, começando por questões abertas que são afuniladas até questões mais objetivas e fechadas;
- Identificar o posicionamento do indivíduo, subjacente ao problema, observando-se sua postura corporal (comunicação não verbal): expressões faciais, gestos, movimentos corporais, tom de voz, velocidade da fala, afinação de voz, entre outros;
- Comentar ou repetir alguma informação relatada pelo indivíduo, mostrando que está atendo ao que está sendo relatado;
- Acolher, escutar, problematizar, reconhecer como legítima a demanda apresentada pelo usuário;
- Esclarecer os objetivos do atendimento por parte do indivíduo –, por exemplo, ele procurou o (a) nutricionista por vontade própria devido a um objetivo específico ou foi encaminhado por outro profissional de saúde – é fundamental para a construção conjunta de soluções;
- Usar linguagem simples, evitando uso excessivo de termos técnicos, distinguir o problema aparente (a queixa) do problema real (a causa dos problemas) e buscar soluções em conjunto com a pessoa;
- Verificar a compreensão pelo indivíduo em todas as etapas. Por exemplo, pedir para a pessoa explicar ou repetir com suas palavras as orientações acordadas.
- Evitar julgar frente às situações vividas pelo indivíduo, introduzir conselhos e informações precocemente e condutas de antagonismo, culpabilizar, fazer juízos de valor e asseguramentos prematuros, evitar ser autoritário.

3.3 Como fazer a comunicação verbal ser efetiva e como melhorar a escuta ao indivíduo?

A motivação para a mudança engloba diferentes estágios que precisam ser identificados para que as intervenções mais efetivas sejam implementadas. O processo de mudança, em contrapartida, exige a elaboração de um plano de cuidado com metas pactuadas, monitoramento periódico, habilidade em resolver problemas e prevenção de deslizes e recaídas.

A automudança efetiva depende da aplicação das estratégias certas (processos) no momento certo (estágios). A mudança deve ser intencional, o que significa que é o indivíduo quem opta em realizar a mudança de determinado comportamento. O modelo transteórico ou modelo de estágios de mudança de comportamento pode auxiliar o profissional na identificação desses estágios (Figura 5). Segundo esse modelo, as alterações no comportamento relacionado à saúde ocorrem por meio de cinco estágios distintos: pré-contemplação, contemplação, decisão, ação e manutenção (Prochaska et al., 1992). Cada estágio representa a dimensão temporal da mudança do comportamento, ou seja, mostra quando a mudança ocorre e qual é seu grau de motivação para realizá-la.

Figura 5 - Estágios de mudança de comportamento. (sugestão de figura)



Fonte: Prochaska et al., 1992.

ESTÁGIOS DE MUDANÇA DE COMPORTAMENTO

No estágio de **pré-contemplação**, a mudança comportamental ainda não foi considerada

pelo indivíduo e não há intenção de adotá-la, pelo menos nos próximos seis meses. O indivíduo não reconhece suas práticas alimentares inadequadas ou não dispõe da motivação necessária para alterá-las. Tende a apresentar maior resistência e é classificado como *não pronto para mudanças*.

No estágio de **contemplação**, o indivíduo começa a considerar a mudança comportamental, mas não definiu quando irá mudar. Há conhecimento dos benefícios da mudança, mas diversas barreiras são percebidas, as quais impedem a ação desejada. Por exemplo, a falta de tempo, o preço ou o sabor de alimentos tidos como saudáveis não possibilitam a adoção de uma alimentação adequada e saudável.

No estágio **preparação**, o indivíduo pretende alterar seu comportamento num futuro próximo, como, por exemplo, no próximo mês. A expressão característica desse estágio é manifestar o seguinte desejo: *“Na próxima segunda-feira começarei a mudança”*.

No estágio **ação**, o indivíduo começou a alterar de fato seu comportamento, suas experiências ou seu ambiente de modo a superar as barreiras antes percebidas. Tais mudanças são visíveis e ocorreram recentemente, como nos últimos seis meses. Exige grande dedicação e disposição para evitar recaídas.

No estágio de **manutenção**, o indivíduo já modificou seu comportamento e o manteve por, pelo menos, seis meses. O foco é prevenir recaídas e consolidar os ganhos obtidos durante a ação.

Os estágios são flutuantes, assim é possível que o indivíduo retorne a um estágio anterior e consiga transpô-lo novamente. A ocorrência de **recaídas** é comum e leva a uma evolução dinâmica e a um delineamento em espiral do modelo de estágios de mudança.

Em intervenções alimentares e nutricionais, a classificação dos indivíduos nos estágios de mudança permite direcionar melhor as ações e metas, considerando que os indivíduos apresentam diferentes percepções e motivações para realizar mudanças no hábito alimentar ou estilo de vida.

ATENÇÃO!

Indivíduos nos estágios **pré-contemplação ou contemplação** ou que estão ansiosos para fazer todas as mudanças ao mesmo tempo podem se frustrar levando ao abandono das combinações pactuadas. O profissional deve perceber sentimentos negativos (ansiedade, baixa autoestima, insegurança, pensamentos negativos) e utilizar outra abordagem de intervenção e estratégias para o indivíduo pensar, sentir e agir de forma positiva.

Indivíduos nos estágios de mudança de comportamento **preparação, ação e manutenção** devem ser orientados em relação a um ou dois objetivos de mudança com prazos para aderência – ressalta-se que o número de objetivos a serem trabalhados, assim como o número de metas e o prazo para atingi-los, varia entre os indivíduos.

AÇÃO E PROCESSOS DE ACORDO COM O ESTÁGIO DE MUDANÇA DE COMPORTAMENTO.

Avaliação do estágio de mudança de comportamento

1. Ainda não está pronto para mudar
2. Inseguro sobre o cumprimento das metas
3. Pronto para mudar

Ação de acordo com o estágio de mudança de comportamento identificado

1. Facilitar a capacidade de considerar mudanças

2. Identificar e reduzir a resistência e as barreiras
3. Identificar as etapas comportamentais em direção a mudanças

Processos de acordo com a ação identificada:

1. Estabelecer objetivos (“O que é que você gostaria de mudar?”)
2. Considerar opções
3. Definir as mudanças (e como mudar), estabelecida pelo indivíduo (pactuadas)

VERSÃO PRELIMINAR

Quadro 1 – Estratégias de intervenção propostas para cada estágio de mudança, visando a modificação do comportamento alimentar.

ESTÁGIO	CARACTERÍSTICAS	FOCO DA INTERVENÇÃO	O QUE FAZER?	O QUE NÃO FAZER?
Pré-contemplação	O indivíduo não tem consciência dos seus problemas e não intenciona realizar mudanças. Esse estágio é marcado pela resistência para reconhecer ou modificar o problema. Muitas vezes, ao abordar o indivíduo sobre a existência do problema, a reação pode ser mais de surpresa do que resistência já que o problema não é percebido por ele. Essas pessoas muitas vezes são encaminhadas por outros profissionais ou até mesmo familiares e amigos. A abordagem deve trabalhar com metas e estratégias que promovam o aumento da percepção e consciência sobre os riscos e problemas decorrentes do comportamento atual.	Aumentar o conhecimento sobre alimentação saudável e a consciência do indivíduo sobre sua prática alimentar inadequada.	Oferecer informações sobre recomendações nutricionais e os benefícios de uma dieta adequada e prover o indivíduo de ferramentas para avaliar sua própria alimentação.	Não assumir que a mudança de comportamento será rápida, diante da grande resistência e pouca motivação do indivíduo.
Contemplação	O indivíduo possui algum grau de consciência do problema, contudo eles tanto consideram a mudança quanto a rejeitam. Querem mudar, mas ainda não se consideram aptos. A abordagem	Aumentar a confiança na própria habilidade do indivíduo para adotar as recomendações nutricionais em sua alimentação.	Identificar quais são as barreiras que impedem a mudança, segundo o indivíduo, e traçar meios de superá-la.	Não criticar a ambivalência do indivíduo: diversas barreiras podem ser apresentadas em diferentes momentos.

	deve promover a resolução da ambivalência, focando nos benefícios de mudar e nos riscos de manter o comportamento atual, além de fortalecer a confiança do indivíduo na habilidade de modificação da conduta atual.			
Preparação	O indivíduo já está disposto a realizar pequenas mudanças em relação ao problema. A abordagem deve auxiliar o indivíduo a encontrar um plano de ação específico a ser seguido na busca da mudança.	Definir o plano de ação que será implementado nos próximos 30 dias.	Estimular o alcance de objetivos específicos, sem sobrecarregar o indivíduo com várias metas.	Não menosprezar pequenas mudanças realizadas pelo indivíduo em sua alimentação.
Ação	O indivíduo está disposto e assume o compromisso de mudar seu comportamento para lidar com o problema. A abordagem envolve metas e estratégias que promovam a mudança comportamental do indivíduo visando à resolução ou melhora do problema identificado.	Treinar as habilidades do indivíduo para alterar o comportamento por mais tempo.	Fornecer materiais individualizados e estratégias práticas, envolvendo suporte social (relacionamentos de auxílio à mudança) e recompensas.	Não oferecer apenas informações gerais, considerando que o indivíduo já está colocando em prática uma alimentação saudável.
Manutenção		Desenvolver a habilidade do indivíduo para enfrentar novas dificuldades.	Estimular a manutenção dos objetivos alcançados.	Não assumir que a ação inicial será permanente, nem criticar recaídas.

Fonte: Kristal et al., 1999; Miller & Rollnick, 2011.

3.4 Entrevista motivacional

A entrevista motivacional é um processo para ajudar o indivíduo a reconhecer e fazer alguma coisa em relação ao seu problema (Miller e Rollnick, 2001). Ela é particularmente útil com pessoas que relutam em mudar e que são ambivalentes quanto à mudança. Assim, é usada principalmente em indivíduos nos estágios de **pré-contemplação** e **contemplação**. O principal objetivo é aumentar a motivação intrínseca do indivíduo de modo que a mudança venha de dentro, em vez de ser imposta de fora.

Questões fundamentais a serem avaliadas pelo (a) nutricionista:

- *O quão importante é a mudança para você?*
- *Como você acha que irá se sentir com a mudança?*

ATITUDES PRECONIZADAS NA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

- **Expressar empatia e estabelecer uma relação de não julgamento** com o indivíduo para manter a confiança e a colaboração na adesão da orientação.
- **Compreender os fatores culturais e as crenças** sobre alimentação do indivíduo.
- **Identificar diferenças entre o comportamento atual do indivíduo e seus valores, objetivos, desejos e metas de vida.** Em geral, as pessoas têm como meta a saúde, sucesso, felicidade da família e autoimagem positiva. Quando seu comportamento atual é confrontado com isso, é provável que a mudança aconteça. As pessoas, com frequência, são mais persuadidas pelo que ouvem de si mesmas do que pelo que os outros lhe dizem.
- **Evitar argumentos ou defensiva.** O princípio-chave da entrevista motivacional é aceitar que a ambivalência e a resistência para a mudança são normais no processo de mudança de comportamento. Muitos indivíduos não têm apenas relutância a fazer algo, mas possuem um conflito psicológico para decidir entre dois caminhos diferentes. A motivação para mudança é flutuante, isto é, a pessoa quer fazer algo a respeito do seu comportamento, mas, ao mesmo tempo, também não quer. Cada lado do conflito tem seus benefícios e seus custos. Nesses casos, o profissional deve focar na constatação e na resolução da ambivalência.
- **Lidar com a resistência.** O profissional precisa ter em mente que as percepções do indivíduo podem mudar e que novas perspectivas (metas da intervenção alimentar) são mais bem recebidas quando não são impostas e que a própria pessoa é uma rica fonte de soluções de problemas e de técnicas para aderência das orientações.
- **Apoiar a auto eficácia,** isto é, a confiança que o indivíduo tem em si mesmo para superar situações de desafio em sua mudança comportamental e a habilidade de enfrentar os obstáculos a uma modificação saudável. Ela pode ser considerada como elemento-chave na motivação para mudança e um bom indicador de resultados de tratamento. O profissional deve estimular a crença da própria pessoa em sua habilidade de resolver os próprios problemas.

SUGESTÕES NA ABORDAGEM NUTRICIONAL:

Uso de perguntas abertas e objetivas, isto é, perguntas que requerem uma resposta longa e permitem que a pessoa fale.

- *Quais são suas preocupações sobre isso?*
- *Como você se sente em relação...?*
- *O que você gostaria de fazer a respeito disso?*
- *O que você sabe sobre...?*

O uso de declarações positivas e de compreensão também ajuda a criar um ambiente de apoio e a estabelecer vínculo com o indivíduo. Reconhecer o esforço da pessoa para a mudança ajuda a fortalecer sua confiança. São exemplos de afirmação:

- *Que bom que você veio hoje.*
- *Você está se esforçando para vencer suas dificuldades.*
- *Você já passou por tudo isso? Você é uma pessoa forte e nem sabe disso.*

A **escuta reflexiva** leva a um entendimento do que o indivíduo sente, encoraja-o a continuar falando e demonstra que o profissional entende o que está sendo dito. Por fim, o feedback ou resumo do processo é uma forma importante de juntar o que foi dito e preparar o indivíduo para a mudança.

IMPORTANTE!

Entenda as motivações do indivíduo, pois são elas, que são mais prováveis de desencadear a mudança de comportamento. Questionar por que ele gostaria de fazer a mudança e como acha que essa mudança poderia ser feita, em vez de dizer a ele o que deveria fazer.

Escute o indivíduo, pois as respostas estarão dentro da própria pessoa e é necessário escutá-la para encontrá-la.

Fortaleça o indivíduo, o profissional pode ajudá-lo a ser ativo e a explorar seus próprios recursos entendendo o porquê e como da mudança.

REFERÊNCIAS

CERON, M. Habilidades de Comunicação: Abordagem centrada na pessoa. Módulo Psicossocial. **Especialização em Saúde da Família**. UNA-SUS | UNIFESP. Disponível em: http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_psicossocial/Unidade_17.pdf Acessado em 20 de agosto de 2015.

COLL, A. P.; FAROOQI, I. S.; O'RAHILLY, S. **The hormonal control of food intake**. Cell 129, April 20, 2007.

CONTENTO, I.R. 2011. **Nutrition education: linking research, theory and practice**. 2nd ed. Sudbury, MA, USA: Jones and Bartlett.

DERAM, S. **O peso das dietas: emagreça de forma sustentável dizendo não às dietas**. 2014

GALLIAN, D. M. C. A desumanização do comer . **Estudos Avançados**, [S.l.], v. 21, n. 60, p. 179-184, ago. 2007.

KRISTAL, A. R.; GLANZ, K.; CURRY, S. J.; PATTERSON, R. How can stages of change be best used in dietary interventions? **J Am Diet Assoc**, 1999; 99 (6):679-684.

MILLER, W. R.; ROLLNICK, S. Entrevista motivacional: preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos. Ed. **Artmed**, 2001.

PROCHASKA, J. O.; DI CLEMENTE, C. C.; NORCROSS, J. C. In search of how people change - applications to addictive behaviors. **Am Psychol** 1992; 47(9):1102-1114.

PARA CONHECER MAIS

Cavalcanti, A. M.; Oliveira, A. C. L (Org.). **Autocuidado apoiado. Manual do profissional de saúde**. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde, 2012. Disponível em: <http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/programas/arquivos/autocuidado/auto%20cuidado.pdf>

Communication and education skills for dietetics professionals. Betsy B. Holli et al. — 5th ed. p. 416; Lippincott Williams & Wilkins. Rev. ed. of: Communication and education skills for dietetics professionals. Betsy B. Holli, Richard J. Calabrese, Julie O'Sullivan Maillet. 4th ed. c2003.

TORAL, N.; SLATER, B. Abordagem do modelo transteórico no comportamento alimentar. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(6):1641-1650, 2007.

RODRIGUES, E. M.; SOARES, F. P. T. P. AND BOOG, M. C. F. Resgate do conceito de aconselhamento no contexto do atendimento nutricional. **Rev. Nutr.** [online]. 2005, vol.18, n.1 [cited 2016-07-25], pp.119-128.

TEUTEBERG, H. O nascimento da era de consumo moderna. In: FREEDMAN, P. A **história do sabor**. São Paulo. São Paulo: Senac, 2009. p. 234-261.

WRIGHT, J. A.; VELICER, W. F.; PROCHASKA, J. O. Testing the predictive power of the transtheoretical model of behavior change applied to dietary fat intake. **Health Educ Res** 2009;24(2):224-236.

ZUIN, L. F. S.; ZUIN, P. B. Alimentação é cultura - aspectos históricos e culturais que envolvem a alimentação e o ato de se alimentar. **Nutrire: Revista da Sociedade Brasileira de Alimentação e Nutrição**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 225-241, abr. 2009.

VERSÃO PRELIMINAR

4. AVALIAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL

► Mensagens chaves

- Realização da avaliação do estado nutricional, além da dimensão biológica;
 - Oferecimento de cuidado que faça sentido para o sujeito e seja capaz de ressignificar o conhecimento que ele possui de si mesmo;
 - Não censura, aprovação ou surpresa diante das respostas durante a avaliação;
 - Avaliação da qualidade nutricional a partir do consumo de alimentos processados e ultraprocessados;
 - Uso de uma linguagem acessível e de fácil compreensão pelo indivíduo.
-

A avaliação alimentar e nutricional completa, processo necessário à construção do diagnóstico e do planejamento da intervenção alimentar e nutricional, envolve basicamente quatro parâmetros que devem ser analisados em conjunto: **alimentar, antropométrico, bioquímico e clínico**. Nem sempre será possível obter condições ideais para se realizar um diagnóstico nutricional, mas o (a) nutricionista precisa conhecer as limitações de cada parâmetro, minimizando, assim, possíveis erros de interpretação (VITOLLO, 2014).

A partir de uma dimensão biológica, o estado nutricional pode ser definido como o resultado do equilíbrio entre o consumo de nutrientes e o gasto energético do organismo para suprir as necessidades nutricionais (BRASIL, 2011). A compreensão desse conceito deve ser buscada a partir da identificação e análise de suas:

- Determinações gerais ou estruturais, que correspondem aos processos da organização social (processos econômicos, políticos e ideológicos da organização social);
- Determinações particulares, que correspondem aos processos específicos de organização da produção e consumo de cada grupo socioeconômico ou classe social;

- Determinações individuais, que correspondem aos processos de organização da produção e consumo individual e familiar (biológicos, ambientais, ecológicos e econômicos) (VASCONCELOS, 2007).

Por isso, para realizar a avaliação do estado nutricional, é fundamental que se vá além da dimensão biológica e se reúna a maior fonte de informações possíveis sobre a realidade em que o sujeito está inserido.

FONTES DE INFORMAÇÕES POSSÍVEIS

- Conhecer o **espaço no qual se constroem cotidianamente as relações sociais do indivíduo**, verificando sua potencialidade em contribuir com a adoção de hábitos de vida saudáveis, a partir da existência de ambientes para atividade física e práticas corporais, lazer e convivência; assim como os espaços de produção, distribuição e comercialização de alimentos, tais como: feiras livres, supermercados, quitandas, cozinhas comunitárias, restaurantes populares, mercados públicos e etc.
- Observar a **cultura alimentar**, à medida que esta também não é uma atividade puramente biológica, mas que recebe interferência direta dos hábitos e tradições alimentares, envolvendo as diversas técnicas empregadas para encontrar, processar, preparar, servir e consumir os alimentos (FREITAS, 2008). Também se insere neste contexto a influência da religião ou filosofia adotada pelo sujeito que afeta o consumo de determinados alimentos.
- Considerar os fatores que podem estar associados ao **estresse do indivíduo**, tais como trabalho, estudo, lazer, preocupações, ansiedades, dores ou até um evento específico na avaliação. Esses fatores possuem papel importante na relação com a alimentação, tanto no contexto comportamental, quanto fisiológico. O estresse pode provocar alterações hormonais (como o cortisol) e, conseqüentemente, alterações no metabolismo da insulina favorecendo o acúmulo de gordura corporal. Muitas vezes, o indivíduo não conseguirá controlar o fator externo causador do estresse, mas o profissional pode apoiá-lo e, quando necessário, encaminhá-lo a outro profissional habilitado para conduzir esse processo.
- Identificar as **mensagens sobre alimentação** veiculadas pelos meios de comunicação, já que a mídia tem exercido papel fundamental na formação de novos padrões alimentares (MONTEIRO et al, 2013), especialmente de crianças (OPAS, 2012). As escolhas alimentares sofrem influência negativa da mídia e da publicidade de alimentos, que contribuem para conformação de um ambiente obesogênico, dificultando a adoção de escolhas saudáveis. A publicidade de alimentos é capaz de mudar normas sociais relativas a quanto, quando e onde comer. Os alimentos ultraprocessados reformulados (como as versões, *light*, *diet*, com adição fibras, vitaminas ou minerais) podem ser tão obesogênicos quanto os produtos regulares ou ainda mais como quando declarados como “alimentos saudáveis” (MONTEIRO & CANNON, 2012).
- Conhecer o **acesso ao alimento**, uma vez que rendimentos muito baixos podem afetá-lo e incidir negativamente sobre o estado nutricional. Essa situação requer atenção dos profissionais, no sentido de se articular com outros equipamentos sociais no território que permitam o apoio social necessário e construção de alternativas para garantir a segurança alimentar e nutricional do indivíduo.

O compilado dessas informações possibilitará ao nutricionista uma visão ampliada e significativa da pessoa que está sendo avaliada, além do entendimento de possíveis

carências ou distúrbios nutricionais e das possibilidades factíveis de intervenção na realidade apresentada. O atendimento nutricional pode ser um momento de esclarecimentos sobre crenças, tabus e mitos alimentares, assim como sobre a imagem corporal que o avaliado possui.

Essas informações devem ser obtidas a partir da anamnese e registradas para compor o rol de dados sobre o atendimento, facilitando a continuidade e a garantia de que nada se perca ao longo do tempo (**Figura 6**). No caso de mudança do profissional, o sujeito se sentirá muito mais valorizado se a nova pessoa que o acompanhará trazer o conhecimento prévio de sua história e da evolução do caminho percorrido.

Figura 6 – Componentes da avaliação alimentar e nutricional.



Fonte: Elaborado pelos autores.

Para a extração dessas informações pode-se adaptar instrumentos que já existem ou elaborar novos, de acordo com a lógica do serviço, agregando informações relevantes que permitam interpretar melhor os dados obtidos. Avaliando as **dimensões culturais, sociais, familiares, territoriais e habituais junto às biológicas**, o (a) nutricionista será capaz de oferecer ao sujeito um tipo de cuidado que faça sentido para ele e que seja capaz de ressignificar o conhecimento que ele possui de si mesmo, as interações que estabelece com seu corpo, suas angústias e a potencialidade de contribuir ativamente para a recuperação/manutenção de sua saúde.

O **Quadro 2** apresenta sugestões de informações a serem obtidas inicialmente na anamnese que podem ajudar a compor o diagnóstico alimentar e nutricional dos avaliados. Salienta-se que além dessas sugestões, o bom senso e a sensibilidade do profissional serão sempre os melhores guias para essa escuta inicial, pois somente o

olhar individual sobre cada caso é capaz de identificar vulnerabilidades, desafios e potencialidades de cada pessoa avaliada.

Quadro 2 – Sugestões de informações a serem obtidas na anamnese nutricional.

- Objetivos pessoais em relação à alimentação e bem-estar físico;
- Relação com a alimentação e a imagem corporal;
- Preferências alimentares;
- Acesso frequente e regular a alimentos;
- Principais locais de aquisição de alimentos (estabelecimentos, feiras livres);
- Tipo de alimentos consumidos (agroecológicos, agricultura familiar, orgânico);
- Frequência de refeições (sensação de fome/saciedade e número de refeições por dia);
- Local onde se realizam as refeições (se fora de casa, características desses locais);
- Presença de companhia durante as refeições;
- Tempo gasto e planejamento das refeições;
- Hábito de cozinhar e habilidades culinárias;
- Instrumentos disponíveis para preparo e armazenamento dos alimentos;
- Influência da mídia e publicidade de alimentos (programas de televisão);
- Dietas restritivas já realizadas e resultados obtidos (positivos e negativos);
- Consumo de alimentos “milagrosos” e crenças relacionadas à esses alimentos;
- Ambiente de trabalho e estudos;
- Condições econômicas (recursos disponíveis);
- Crenças e tradições familiares.

Fonte: Elaborado pelos autores.

4.1 Avaliação do consumo alimentar

A avaliação do consumo alimentar, tanto no contexto quantitativo quanto qualitativo, fornece subsídios importantes para direcionar o diagnóstico e a intervenção alimentar e nutricional por meio da estimativa da ingestão de alimentos e da identificação do hábito alimentar dos indivíduos. O **Quadro 3** sintetiza os principais

métodos utilizados na avaliação do consumo alimentar, suas potencialidades e suas limitações.

Quadro 3 – Síntese dos instrumentos de avaliação do consumo alimentar mais utilizados na prática de serviços de saúde.

INSTRUMENTO	POTENCIALIDADES	LIMITAÇÕES
<p>Recordatório de 24 Horas (R24h) Empregado para avaliação da ingestão de alimentos e nutrientes. Define e quantifica todos os alimentos e bebidas ingeridos no período anterior (24h antes ou dia anterior).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Não altera a ingestão do indivíduo; ● Recordatórios seriados podem estimar o consumo habitual; ● Pode ser utilizado em qualquer faixa etária e com analfabetos; ● Baixo custo. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Depende da memória do entrevistado; ● Depende da capacidade do entrevistador em estabelecer canais de comunicação; ● Um recordatório não é capaz de estimar o consumo habitual.
<p>Questionário de Frequência Alimentar (QFA) Empregado mais comumente para avaliação qualitativa e habitual do consumo alimentar, mas há adaptações para avaliações semiquantitativas e quantitativas sobre o padrão alimentar e a ingestão de alimentos e nutrientes específicos. Caracteriza-se por uma lista de alimentos e um espaço, no qual é registrado a frequência que o indivíduo consome cada alimento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Estima o consumo habitual do indivíduo; ● Rápido e simples de administrar; ● Não altera o padrão de consumo; ● Baixo custo; ● Classifica o indivíduo em categorias de consumo; ● A lista de alimentos pode ser adaptada à realidade de cada local; ● Apesar de ser um método originalmente qualitativo, há a possibilidade de adaptações para estimar quantidades. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Depende da memória de hábitos alimentares passados; ● Desenho do instrumento requer esforço e tempo; ● Dificuldade para o entrevistador conforme o número e a complexidade da lista de alimentos; ● Quantificação pouco exata.
<p>Registros alimentares Recolhe informações sobre a ingestão atual de um indivíduo, através de sua própria anotação, ou de uma pessoa responsável. Alimentos e bebidas são descritos em formulário próprio ao longo de um ou mais dias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Alimentos anotados no momento do consumo; ● Não depende da memória; ● Menor erro quando há uma boa orientação; ● Mede o consumo atual e sendo aplicado em séries, pode estimar o consumo habitual; ● Maior precisão e exatidão das porções ingeridas. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Consumo pode ser alterado, pois o indivíduo sabe que está sendo avaliado; ● Depende da motivação do entrevistado; ● Menor adesão de pessoas do sexo masculino; ● Requer tempo e dedicação; ● Requer orientações específicas, como de medidas caseiras.
<p>História alimentar Entrevista com o propósito de gerar informações sobre hábitos alimentares atuais e passados, assim como número de refeições, apetite, preferências alimentares, usos de suplementos, tamanho de porções, frequência de alguns alimentos sazonais. Geralmente está associada a um método quantitativo como o R24h e a coleta de informações referentes a fumo, atividades físicas</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Elimina variações do dia-a-dia; ● Leva em consideração a sazonalidade; ● Descrição da ingestão habitual em relação aos aspectos qualitativos e quantitativos. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Depende da memória do entrevistado; ● Tempo de aplicação longo; ● Dificuldades de padronização entre profissionais e serviços; ● Requer do profissional um olhar mais ampliado sobre a avaliação do estado nutricional e dos aspectos que a compõe.

etc.

Fonte: Adaptado de FISBERG et al., 2005.

Ao utilizar qualquer um dos métodos disponíveis, é fundamental que o **profissional não mostre censura, aprovação ou surpresa diante das respostas durante a avaliação**. Essa atitude pode promover a mudança de comportamento do indivíduo que poderá omitir alimentos, quantidades ou até refeições consumidas e introduzir outros alimentos considerados mais adequados por ele.

O **Guia Alimentar para a População Brasileira** propõe atualmente uma dimensão qualitativa e focada no ato de comer para a promoção da alimentação saudável, como identificar os tipos de alimentos e o modo de preparo, os locais de origem e aquisição dos alimentos e informações relacionadas ao ato de comer (ambiente e sentimentos). Além disso, é importante avaliar a variedade dos alimentos consumidos e se a descrição das refeições pode sinalizar algum indicativo de excesso ou insuficiência.

ATENÇÃO!

O (a) nutricionista pode questionar sobre as quantidades de sal, açúcar, óleo e outras gorduras adquiridas por mês/período de duração do alimento e fazer uma estimativa per capita considerando o número de pessoas que realizam as refeições do domicílio. Outra questão é a avaliação do consumo de temperos industrializados, como caldos de carne, vegetais e galinha, molhos prontos, realçador de sabor, amaciante de carne, entre outras substâncias ultraprocessadas comumente utilizadas para temperar as preparações culinárias.

As informações sobre o **consumo de alimentos processados e ultraprocessados** são fundamentais para avaliar a qualidade nutricional da alimentação e a necessidade de futuras intervenções. Para isso, o (a) nutricionista deve investigar detalhadamente os alimentos relatados, incluindo marcas, modo de preparar e até local de aquisição. Por exemplo, diferenciar um bolo de chocolate preparado no domicílio daquele adquirido em uma embalagem pronta. Outro passo importante é avaliar os ingredientes tanto dos alimentos adquiridos para consumo, quanto daqueles utilizados em uma preparação culinária. Seguindo o exemplo do bolo de chocolate, avaliar se o indivíduo preparou a massa com chocolate/cacau em pó ou achocolatado em pó, que, em geral, são ricos em açúcar e aditivos. O **Quadro 4** mostra a lista de ingredientes utilizados para preparar um bolo de chocolate e uma mistura para bolo sabor chocolate.

Quadro 4 – Exemplo de um bolo de chocolate preparado basicamente com alimentos in natura e minimamente processados e uma mistura para bolo sabor chocolate.

Preparação culinária:

Ingredientes: ovos; açúcar; chocolate em pó; óleo; água; farinha de trigo; fermento.

Produto industrializado:

Ingredientes: Açúcar, farinha de trigo enriquecida com ferro e ácido fólico, gordura vegetal hidrogenada, cacau em pó, sal, fermentos químicos (bicarbonato de sódio, pirofosfato ácido de cálcio, fosfato monocalcico e fosfato ácido de alumínio e sódio), emulsificantes (ésteres de mono e diglicerídeos de ácidos graxos com ácido láctico e ésteres de ácidos graxos com propilenoglicol) e aromatizante. Pode conter traços de nozes, castanhas e leite.

Fonte: Elaborados pelos autores.

O **Quadro 5** apresenta um compilado de temas sugeridos a serem investigados pelo (a) nutricionista no processo de avaliação do consumo alimentar. A forma ou maneira de investigação depende do território, do tipo de estabelecimento de saúde, do nível socioeconômico de quem está sendo avaliado ou acompanhado, entre outros fatores. É consenso o uso de uma linguagem acessível (nomenclatura não técnica) e de fácil compreensão pelo indivíduo. O profissional pode utilizar mais de uma estratégia (como diferentes formas de perguntar) para identificar algum componente específico. Por exemplo, para avaliar o consumo de alimentos ultraprocessados, em vez de somente questionar “*Você consome alimentos ultraprocessados?*”, o (a) nutricionista pode realizar várias perguntas sobre alimentos ultraprocessados específicos (isto é, fornecer exemplos de alimentos ultraprocessados).

Quadro 5 – Sugestões de componentes a serem investigados na avaliação do consumo alimentar.

- Presença de alimentos in natura ou minimamente processados;
- Participação de alimentos processados e ultraprocessados;
- Presença de preparações culinárias em detrimento dos alimentos processados e ultraprocessados, como, por exemplo, um bolo de laranja caseiro (ingredientes: farinha, ovos, laranja, açúcar e fermento) e um bolo de laranja industrializado (ingredientes: farinha de trigo enriquecida com ferro e ácido fólico, açúcar, ovo, gordura vegetal, açúcar invertido, polpa de laranja, glicose de milho, leite em pó desnatado, sal refinado, farinha de soja, amido, fermentos químicos pirofosfato ácido e bicarbonato de sódio, conservador propionato de sódio, emulsificante mono e diglicerídeos de ácidos graxos e aromatizantes);
- Variedade e diversidade de alimentos consumidos;
- Presença de frutas, verduras e legumes;
- Utilização de óleos, gorduras e sal (estimar quantidade per capita);
- Uso de temperos industrializados (caldos e tabletes de carne, legumes e galinha; molhos prontos);
- Modo de preparo (frito, cozido, assado, refogado) e ingredientes utilizados nas preparações culinárias;
- Marcas (e quando necessário, o sabor) dos alimentos consumidos (para avaliação da lista de ingredientes);
- Exclusão de algum nutriente ou grupo alimentar, como glúten, lactose, carboidratos; e os motivos da exclusão;

- Sobras de alimentos (principalmente em crianças, quando a oferta de alimentos nem sempre corresponde ao consumo real pela criança);
- Consumo de sobremesa e guloseimas ao longo do dia (é comum as pessoas não considerarem esse tipo de alimento como parte da ingestão diária);
- Consumo de bebidas nas refeições e ao longo do dia (incluindo tipo, marca, sabor);
- Alimentos e bebidas consumidos durante a madrugada, entre outros.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Ao questionar sobre a frequência de consumo de certos alimentos, o profissional deve situar o indivíduo sobre o que está sendo perguntado (ontem, na última semana ou no último mês). O uso de fotos e exemplos de medidas caseiras aumenta a confiabilidade dos dados obtidos nos inquéritos alimentares na medida em que facilita a descrição das quantidades consumidas pelos indivíduos. Para a estimativa do consumo de energia e nutrientes, o (a) nutricionista pode utilizar tabelas de composição química de alimentos, softwares de apoio nutricional ou a tabela simplificada que é apresentada no **Capítulo 6**. A escolha do método vai depender do objetivo, da disponibilidade e custo da avaliação.

O profissional também pode ter como instrumento de apoio o **Formulário de Marcadores do Consumo Alimentar**, disponível no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) e no e-SUS Atenção Básica que objetiva identificar práticas alimentares através de marcadores de alimentação saudável e não saudável. O formulário tem caráter prático e pode ser aplicado por outros profissionais treinados dentro dos serviços de saúde, facilitando e colaborando com a rotina do (a) nutricionista e demais profissionais que trabalham na oferta do cuidado à população atendida.

4.2 Avaliação antropométrica

A avaliação antropométrica é um método de investigação em nutrição baseado na medição das variações físicas de alguns segmentos ou da composição corporal global. O uso de indicadores produzidos a partir da antropometria é, entre várias opções, a mais adequada e viável para ser adotada em serviços de saúde, considerando as suas vantagens como: baixo custo, simplicidade de realização, facilidade de aplicação e

padronização, amplitude dos aspectos analisados, além de não ser invasiva. Ela ainda é aplicável a todas as fases do curso da vida e permite a classificação dos indivíduos segundo seu estado nutricional, seja através de índices ou das próprias medidas (BRASIL, 2011).

As técnicas antropométricas envolvem medidas de peso, estatura (comprimento ou altura), circunferências (cintura, quadril, braço), diâmetros e dobras cutâneas. A interpretação das medidas antropométricas requer o uso de referências e pontos de corte definidos. Destaca-se que essas normatizações são diretrizes e não se constituem, necessariamente, as metas a serem alcançadas, pois as individualidades pessoais devem ser respeitadas (VITOLLO, 2014). Assim, os pontos de corte são principalmente utilizados para grupos populacionais para conhecer a prevalência de uma condição nutricional específica. Na avaliação individual (serviço de saúde ou consultório), outros parâmetros devem ser considerados para definir o diagnóstico nutricional, como dados antropométricos anteriores, história clínica e familiar, contexto atual etc.

O Ministério da Saúde recomenda uma avaliação mínima, de acordo com a fase do curso da vida, para as rotinas dos serviços de saúde que pode ser adaptada à realidade de cada local e particularidades da população atendida (**Quadro 6**).

Quadro 6 – Parâmetros para avaliação antropométrica segundo a fase do curso da vida.

Fase do curso da vida	Índices e parâmetros
Crianças < 5 anos	IMC* para Idade Estatura para Idade Peso para Estatura Peso para Idade
Crianças de 5 a 9 anos	IMC* para Idade Estatura para Idade Peso para Idade
Adolescentes de 10 a 19 anos	IMC* para Idade Estatura para Idade
Gestantes	IMC* por Idade Gestacional
Adultos	IMC* Perímetro da cintura
Idosos	IMC para idoso Perímetro da panturrilha
Fonte: BRASIL (2015). * IMC: Índice de Massa Corporal.	

4.2.1 Crianças

Resumo dos passos para realizar a avaliação antropométrica de crianças:

- 1) Calcular a idade em anos completos e meses, fazendo as aproximações necessárias. A fração da idade até 15 dias: aproxima-se a idade para baixo, isto é, o último mês completado. A fração de idade superior a 16 dias: aproxima-se a idade para cima, isto é, para o próximo mês a ser completado;
- 2) Pesar e medir a criança, utilizando as técnicas e os instrumentos adequados;
- 3) Calcular o IMC da criança;
- 4) Marcar nos gráficos de crescimento os dados necessários para cada índice;
- 5) Fazer a interpretação de cada índice;
- 6) Compartilhar com a mãe/responsável a interpretação realizada.

Quadro 7 – Classificação do estado nutricional de crianças segundo os índices antropométricos.

Pontos de corte (escore-z)	0 a 5 anos incompletos				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
< -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
≥ -3 e < -2	Baixo peso para a idade	Magreza	Magreza	Baixa estatura para a idade	Baixo peso para a idade	Magreza	Baixa estatura para a idade
≥ -2 e < -1	Peso adequado para a idade	Eutrofia	Eutrofia	Estatura adequada para a idade ²	Peso adequado para a idade	Eutrofia	Estatura adequada para a idade ²
≥ -1 e ≤ +1		Risco de sobrepeso	Risco de sobrepeso			Sobrepeso	
> +1 e ≤ +2		Sobrepeso	Sobrepeso			Obesidade	
> +2 e ≤ +3	Peso elevado para a idade ¹	Obesidade	Obesidade		Peso elevado para a idade ¹	Obesidade grave	
> +3							

Fonte: Adaptado de BRASIL (2008).

1. Uma criança com a classificação de peso elevado para a idade pode ter problemas de crescimento, mas este não é o índice antropométrico mais recomendado para a avaliação do excesso de peso entre crianças. Esta situação deve ser avaliada pela interpretação dos índices Peso para Estatura ou IMC para Idade;

2. Uma criança classificada com Estatura para Idade acima do Escore-z +3 é muito alta, mas raramente corresponde a um problema, contudo, alguns casos podem estar relacionados a desordens endócrinas. Em casos suspeitos, as crianças devem ser referenciadas para um atendimento especializado.

A Caderneta de Saúde da Criança é um documento importante para acompanhar a saúde, o crescimento e o desenvolvimento da criança, do nascimento até os 9 anos (BRASIL, 2013).

4.2.2 Adolescentes

Resumo dos passos para a avaliação antropométrica de adolescentes:

- 1) Avaliar o adolescente considerando sua idade em anos e sexo;
- 2) Pesar e medir o adolescente, utilizando as técnicas e os instrumentos adequados;
- 3) Calcular o IMC do adolescente;
- 4) Marcar nos gráficos de crescimento os dados necessários para cada índice;
- 5) Fazer a interpretação de cada índice;
- 6) Avaliar o estágio de maturação sexual do adolescente e realizar a interpretação da avaliação antropométrica de acordo com o mesmo.
- 7) Compartilhar com a mãe/responsável e com o próprio adolescente a interpretação realizada.

Quadro 8 – Classificação do estado nutricional de adolescentes (10 a 20 anos incompletos) segundo os índices antropométricos.

Pontos de corte Escore-z	IMC para Idade	Peso para Idade
< -3	Magreza acentuada ¹	Muito baixa estatura para idade
≥ -3 e < -2	Magreza	Baixa estatura para idade
≥ -2 e < -1	Eutrofia	Estatura adequada para idade ²
≥ -1 e ≤ +1		
> +1 e ≤ +2	Sobrepeso	
> +2 e ≤ +3	Obesidade	
> +3	Obesidade grave	

Fonte: Adaptado de BRASIL (2008).

1. Um adolescente classificado com IMC para Idade abaixo do Escore-z -3 é muito magro. Em populações saudáveis, encontra-se 1 adolescente nessa situação para cada 1.000. Contudo, alguns casos correspondem a transtornos alimentares. Em caso de suspeita dessas situações, o adolescente deve ser referido para um atendimento especializado.

2. Um adolescente classificado com Estatura para Idade acima do 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.

A Caderneta de Saúde do Adolescente reúne informações sobre como evitar doenças, sobre mudanças no corpo, sobre saúde sexual e reprodutiva, além de saúde bucal e alimentação (BRASIL, 2010).

4.2.3 Adultos

- 1) Resumo dos passos para a avaliação antropométrica do adulto:
- 2) Pesar a cada consulta e medir a estatura na primeira consulta, repetindo essa medida anualmente, utilizando técnicas e instrumentos adequados;
- 3) Calcular o IMC e fazer a interpretação segundo os pontos de corte recomendados;
- 4) Aferir o perímetro da cintura e fazer a avaliação do risco para doenças cardiovasculares segundo os pontos de corte;
- 5) Compartilhar com o adulto.

Quadro 9 – Pontos de corte de Índice de Massa Corporal para adultos (≥ 20 anos e < 60 anos de idade).

Pontos de corte	IMC (kg/m^2)
$< 18,5$	Baixo peso
$\geq 18,5$ e < 25	Eutrofia
≥ 25 e < 30	Sobrepeso
≥ 30 e < 35	Obesidade grau I
≥ 35 e < 40	Obesidade grau II
≥ 40	Obesidade grau III

Fonte: Adaptado de BRASIL (2011).

Quadro 10 – Pontos de corte do perímetro da cintura para adultos de 20 a 59 anos para risco aumentado para doenças cardiovasculares.

Perímetro da cintura (cm)	
Homens	$\geq 94,0$
Mulheres	$\geq 80,0$

Fonte: Adaptado de BRASIL (2011).

4.2.4 Idosos

- 1) Resumo dos passos para a avaliação antropométrica de indivíduos com 60 anos ou mais:
- 2) Pesar a cada consulta e medir a estatura na primeira consulta, repetindo essa medida anualmente, utilizando técnicas e instrumentos adequados;
- 3) Calcular o IMC e fazer a interpretação segundo os pontos de corte recomendados;
- 4) Aferir o perímetro da panturrilha e fazer a avaliação do risco para sarcopenia;
- 5) Compartilhar com o idoso.

Quadro 11 – Pontos de corte de Índice de Massa Corporal para idosos (≥ 60 anos).

Pontos de corte	IMC (kg/m^2)
< 22	Baixo peso
≥ 22 e ≤ 27	Eutrofia
> 27	Sobrepeso

Fonte: LIPSCHITZ (1994).

A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, em sua versão publicada em 2014, permite o registro e o acompanhamento, pelo período de cinco anos, de informações sobre dados pessoais, sociais e familiares, sobre suas condições de saúde e seus hábitos de vida, identificando suas vulnerabilidades, além de ofertar orientações para o seu autocuidado (BRASIL, 2014b).

4.2.5 Gestantes

- 1) Resumo dos passos para a avaliação antropométrica da gestante:
- 2) Calcular o IMC pré-gestacional e atual da gestante;
- 3) Calcular a semana gestacional, a partir da data da última menstruação (DUM). Quando necessário, arredondar a semana gestacional (1, 2, 3 dias: considerar o número de semanas completas; 4, 5, 6 dias: considerar a semana seguinte; Exemplo: 12 semanas e 2 dias = 12 semanas; 12 semanas e 5 dias = 13 semanas);
- 4) Realizar a interpretação considerando os pontos de corte de IMC atual por semana gestacional.
- 5) Estimar a recomendação do ganho de peso para gestantes considerando o IMC pré-gestacional. Os pontos de corte recomendados para classificação do IMC pré-gestacional são os mesmos utilizados para mulheres adultas.
- 6) Compartilhar com a gestante as informações.

Quadro 12 – Pontos de corte de Índice de Massa Corporal por semana gestacional.

Semana gestacional	Baixo peso IMC \leq	Peso adequado IMC entre		Sobrepeso IMC entre		Obesidade IMC \geq
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,	27,0	27,1	31,6	31,7
26	22,	22,7	27,2	27,3	31,7	31,8
27	22,7	22,8	27,3	27,4	31,8	31,9
28	22,9	23,0	27,5	27,6	31,9	32,0
29	23,1	23,2	27,6	27,7	32,0	32,1
30	23,3	23,4	27,8	27,9	32,1	32,2
31	23,4	23,5	27,9	28,0	32,2	32,3
32	23,6	23,7	28,0	28,1	32,3	32,4
33	23,8	23,9	28,1	28,2	32,4	32,5
34	23,9	24,0	28,3	28,4	32,5	32,6
35	24,1	24,2	28,4	28,5	32,6	32,7
36	24,2	24,3	28,5	28,6	32,7	32,8
37	24,4	24,5	28,7	28,8	32,8	32,9
38	24,5	24,6	28,8	28,9	32,9	33,0
39	24,7	24,8	28,9	29,0	33,0	33,1
40	24,9	25,0	29,1	29,2	33,1	33,2
41	25,0	25,1	29,2	29,3	33,2	33,3
42	25,0	25,1	29,2	29,3	33,2	33,3

Fonte: ATALAH; CASTILLO; CASTRO, 1997.

OBSERVAÇÃO: A classificação da gestante na curva de avaliação do estado nutricional também deve considerar se a mulher está em condições de risco para mudança da condição nutricional, isto é, a chance dessa gestante mudar de classificação (por exemplo, adequado para sobrepeso).

Quadro 13 – Ganho de peso (kg) recomendado durante a gestação segundo o estado nutricional inicial da gestante (IMC pré-gestacional).

Estado nutricional inicial (IMC)	Ganho de peso (kg) Semanal no 2º e 3º trimestres*
Baixo Peso	0,5 (0,44 – 0,58)
Adequado	0,4 (0,35 – 0,50)
Sobrepeso	0,3 (0,23 – 0,33)
Obesidade	0,2 (0,17 – 0,27)

Fonte:

A Caderneta de Saúde da Gestante em sua versão publicada em 2014 possui campos para os dados do pré-natal e resultado das consultas, dos exames, das vacinas e o que for importante para um bom acompanhamento do pré-natal (BRASIL, 2014a).

4.3 Instrumento de avaliação do consumo alimentar para a prática

Com o intuito de apoiar os profissionais, apresentamos um instrumento para avaliação do consumo alimentar de acordo com o Guia Alimentar para a População Brasileira (**Figura 7**). Trata-se de uma representação gráfica que demonstra uma das formas possíveis de compilar a proposta teórica e orientar a avaliação do consumo alimentar individual. Sistematiza pontos fundamentais para conhecer aspectos relacionados ao ambiente e condições para a realização das refeições, atitudes e comportamento e características da alimentação.


Figura 7 – Proposta de instrumento para avaliação do consumo alimentar de acordo com o Guia Alimentar para a População Brasileira.

AVALIAÇÃO DO CONSUMO ALIMENTAR


Nome: _____

Data de nascimento: ___/___/___ Idade: _____ Sexo: _____ Data Avaliação: ___/___/___

AMBIENTE E CONDIÇÕES PARA REALIZAÇÃO DAS REFEIÇÕES




Tranquilidade
 Sim Não



Estímulo para consumo ilimitado
 Sim Não

Compra planejada e em locais que oferecem alimentos saudáveis
 Sim Não




Refeições fora do lar em locais adequados
 Sim Não


Limpeza
 Sim Não

Conforto
 Sim Não


ATITUDES E COMPORTAMENTO




Comer devagar
 Sim Não




Influência da mídia
 Sim Não




Comer em companhia
 Sim Não




Comer regularmente
 Sim Não



Habilidades culinárias
 Sim Não




Planejamento das refeições
 Sim Não




Planejamento do tempo
 Sim Não

ALIMENTAÇÃO




Acesso regular a alimentos
 Sim Não




Excesso de óleos e gorduras
 Sim Não

Base de alimentos in natura ou minimamente processados
 Sim Não




Excesso de alimentos processados
 Sim Não

Excesso de sal
 Sim Não



Presença frequente de ultraprocessados
 Sim Não



Excesso de açúcar
 Sim Não

Observações:

Fonte: Elaborada pelos autores.

REFERÊNCIAS

ATALAH, S. E.; CASTILLO, C. L.; CASTRO, R. S. Propuesta de um nuevo estandar de evaluación nutricional em embarazadas. **Rev Med Chile**. 1997; 125:1429-36.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta da Gestante**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. Disponível em:

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/caderneta_gestante.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta de Saúde da Criança**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_crianca_menina_10ed.pdf

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_crianca_menino_10ed.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta de Saúde do Adolescente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_adolescente_menina.pdf

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_adolescente_menino.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta do Idoso**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_pessoa_idosa_3ed.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações para coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde**: norma técnica do sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN na assistência à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Marco de referência da vigilância alimentar e nutricional na atenção básica** – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

FISBERG, R. M.; MARCHIONI, D. M. L.; MARTINS, L. M.; SLATER, B. **Inquéritos alimentares**: métodos e bases científicos. Barueri, SP: Manole, 2005.

FREITAS, M. C. S; FONTES, G. A. V.; OLIVEIRA, N. **Escritas e narrativas sobre alimentação e cultura**. Salvador: EDUFBA, 2008. 422 p.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM) AND NATIONAL RESEARCH COUNCIL (NRC). Committee to Reexamine IOM Pregnancy Weight Guidelines. Rasmussen KM, Yaktine AL. **Weight gain during pregnancy: reexamining the guidelines**. Washington, DC: National Academies Press, 2009.

LIPSCHITZ, D. A. Screening for nutritional status in the elderly. **Primare Care**, 21:1, 1994.

MONTEIRO, C. A.; CANNON, G. The impact of transnational "big food" companies on the South: a view from Brazil. **PLoS Med**. 2012;9(7):e1001252.

MONTEIRO, C. A.; MOUBARAC, J. C.; CANNON, G.; NG, S. W.; POPKIN, B. Ultra-processed products are becoming dominant in the global food system. **Obesity Reviews**, 14 (Suppl. 2): 21–28, 2013.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Recomendações da consulta de especialistas da Organização Pan-Americana da Saúde sobre a promoção e a publicidade de alimentos e bebidas não alcoólicas para crianças nas Américas**. Washington DC: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.

VASCONCELOS, F. S. G. **Avaliação nutricional de coletividades**. Florianópolis: Editora da UFSC, 2007.

VITTOLO, M. R. **Nutrição da gestação ao envelhecimento**. 2 edição. Rubio: 2014.

PARA CONHECER MAIS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

KAC, G.; BENÍCIO, M. H.; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, G.; VALENTE, J. G.; STRUCHINER, C. J. Gestational weight gain and prepregnancy weight influence postpartum weight retention in a cohort of brazilian women. **J Nutr**. 2004 Mar;134(3):661-6.

NAST, M.; DE OLIVEIRA, A.; RAUBER, F.; VITTOLO, M. R. Ganho de peso excessivo na gestação é fator de risco para o excesso de peso em mulheres. **Rev Bras Ginecol Obstet**. 2013 Dec;35(12):536-40.

NEHRING, I.; SCHMOLL, S.; BEYERLEIN, A.; HAUNER, H.; VON KRIES, R. Gestational weight gain and long-term postpartum weight retention: a meta-analysis. **Am J Clin Nutr**. 2011 Nov;94(5):1225-31. doi: 10.3945/ajcn.111.015289. Epub 2011 Sep 14.

Sociedade Brasileira de Cardiologia. **III Diretrizes da Sociedade Brasileiras Sobre Dislipidemias e Diretriz de Prevenção da Aterosclerose do Departamento de**

Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2001. Disponível em:
http://www.realcor.com.br/arquivo_digital/Diretriz%20ABC%20Dislipidemia.pdf.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol**, vol. 95, n. supl.1, p. 1-51, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013-2014**/Sociedade Brasileira de Diabetes; [organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio]. – São Paulo: AC Farmacêutica, 2014. Disponível em:
<http://www.sgc.goias.gov.br/upload/arquivos/2014-05/diretrizes-sbd-2014.pdf>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). de Onis M, Onyango AW, Borghi E, Siyan A, Nishida C, Siekmann J. **Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents**. Bulletin of the World Health Organization. Geneva, Switzerland:2007; 85:660-667.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Physical Status: the use and interpretation of anthropometry. **Who Technical Report Series nº 854**. Geneva, Switzerland: WHO, 1995.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **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.

Escala Brasileira de Insegurança Alimentar – EBIA

Para a avaliação de condições de segurança alimentar e nutricional, a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA) é uma escala que mede diretamente a percepção e vivência de insegurança alimentar e fome no nível domiciliar. A EBIA tem a capacidade de mensurar a dificuldade de acesso familiar aos alimentos e também às dimensões psicológicas e sociais da insegurança alimentar.

Escala EBIA

1. Nos últimos três meses, os moradores deste domicílio tiveram preocupação de que os alimentos acabassem antes de poderem comprar ou receber mais comida?
 - 2 - Nos últimos três meses, os alimentos acabaram antes que os moradores deste domicílio tivessem dinheiro para comprar mais comida?
 - 3 - Nos últimos três meses, os moradores deste domicílio ficaram sem dinheiro para ter uma alimentação saudável e variada?
 - 4 - Nos últimos três meses, os moradores deste domicílio comeram apenas alguns alimentos que ainda tinham porque o dinheiro acabou?
 - 5 - Nos últimos três meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade deixou de fazer uma refeição porque não havia dinheiro para comprar comida?
 - 6 - Nos últimos três meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade, alguma vez comeu menos do que devia porque não havia dinheiro para comprar comida?
 - 7 - Nos últimos três meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade, alguma vez sentiu fome, mas não comeu, porque não havia dinheiro para comprar comida?
 - 8 - Nos últimos três meses, Algum morador de 18 anos ou mais de idade, alguma vez, fez apenas uma refeição ao dia ou ficou um dia inteiro sem comer porque não havia dinheiro para comprar comida?
 - 9 - Nos últimos três meses, algum morador com menos de 18 anos de idade, alguma vez, deixou de ter uma alimentação saudável e variada porque não havia dinheiro para comprar comida?
 - 10 - Nos últimos três meses, algum morador com menos de 18 anos de idade, alguma vez, não comeu quantidade suficiente de comida porque não havia dinheiro para comprar comida?
 - 11 - Nos últimos três meses, alguma vez, foi diminuída a quantidade de alimentos das refeições de algum morador com menos de 18 anos de idade, porque não havia dinheiro para comprar comida?
 - 12 - Nos últimos três meses, alguma vez, algum morador com menos de 18 anos de idade deixou de fazer alguma refeição, porque não havia dinheiro para comprar comida?
 - 13 - Nos últimos três meses, alguma vez, algum morador com menos de 18 anos de idade, sentiu fome, mas não comeu porque não havia dinheiro para comprar comida?
 - 14 - Nos últimos três meses, alguma vez, algum morador com menos de 18 anos de idade, fez apenas uma refeição ao dia ou ficou sem comer por um dia inteiro porque não havia dinheiro para comprar comida?
-

Fonte: http://aplicacoes.mds.gov.br/sagirms/simulacao/estudos_tecnicos/pdf/73.pdf

5. RECOMENDAÇÕES NUTRICIONAIS

► Mensagens chaves

- Recomendações nutricionais norteiam intervenções que considerem a adequação do perfil de nutrientes;
 - Modificação das práticas alimentares baseada na especificidade de cada um;
 - Valores de referência de ingestão dietética adequados à realidade socioeconômica, cultural e estilo de vida do indivíduo;
 - Alimentação baseada em alimentos in natura ou minimamente processados, em grande variedade e predominantemente de origem vegetal, são adequadas para todos os tipos de problemas de saúde;
 - Recomendações nutricionais consistem em estimativas de consumo, sendo importante o equilíbrio e adequação da alimentação.
-

As recomendações nutricionais podem ser utilizadas para avaliar o consumo de energia ou nutrientes específicos e planejar a intervenção alimentar e nutricional. Ressalta-se que as recomendações nutricionais são diretrizes que servem para nortear intervenções que considerem a adequação do perfil de nutrientes e não metas a serem alcançadas.

Para avaliar o consumo de energia e nutrientes de um indivíduo, é necessária a avaliação da ingestão habitual. No entanto, essa avaliação é uma tarefa complexa já que a alimentação dos indivíduos não é constante ao longo dos dias. A variabilidade do consumo alimentar depende do fato do indivíduo variar o tipo e quantidade de alimentos ingeridos dia-a-dia (variabilidade intraindividual), o que dificulta a estimativa da ingestão de energia e nutrientes. O maior número de inquéritos alimentares coletados reduz a variabilidade intraindividual e melhora a estimativa da ingestão de energia e nutrientes, porém muitas vezes torna-se inviável do ponto de vista prático. Estimar o consumo alimentar, distinguindo um consumo habitual de um casual ainda é um desafio.

Se a avaliação do consumo alimentar conseguir identificar essa variação, as estimativas da ingestão habitual de energia e nutrientes serão mais próximas do valor

verdadeiro e o diagnóstico refletirá a condição do perfil nutricional da alimentação do indivíduo. Além disso, ao observar ingestão inadequada de algum nutriente é fundamental a análise de outros aspectos favoráveis e desfavoráveis quanto à adequação nutricional desse nutriente. A modificação das práticas alimentares deve ser baseada na especificidade de cada um e, não apenas, em recomendações gerais de ingestão de nutrientes.

5.1 Recomendação nutricional versus Necessidade nutricional

RECOMENDAÇÃO NUTRICIONAL	REQUERIMENTO ENERGÉTICO
Quantidade de energia e de nutrientes que devem conter os alimentos consumidos para satisfazer as necessidades da maioria dos indivíduos de uma população saudável. As recomendações nutricionais baseiam-se nas necessidades de 97,5% da população.	Quantidade de energia necessária para equilibrar o gasto de energia do indivíduo com vistas a manter peso, composição corporal e nível de atividade física compatíveis com a boa saúde em longo prazo.

O balanço energético do indivíduo depende da ingestão e do gasto de energia, assim, para manter o balanço energético equilibrado, a quantidade de energia consumida deve ser igual à energia gasta. O desequilíbrio entre ingestão e gasto de energia, entre outros fatores, atua no ganho ou na perda de componentes corporais, podendo impactar na redução das taxas de crescimento (em crianças) e na mobilização das reservas energéticas, o que leva à perda de peso, ou ainda no ganho de peso e, conseqüentemente, aumento do risco de desenvolvimento de doenças crônicas, como diabetes tipo II, hipertensão arterial, doença arterial coronariana, entre outras.

As recomendações apresentadas neste capítulo consistem apenas em estimativas energética e de nutrientes. Isso deve ser considerado no planejamento da intervenção alimentar e nutricional, tendo em vista que **não há evidências de que exatamente essa quantidade de energia deve ser consumida todos os dias, nem que a ingestão individual seja constante.** É fundamental que os valores de referência de ingestão dietética sejam adequados à realidade socioeconômica, cultural e estilo de vida do indivíduo no momento do planejamento da intervenção.

As recomendações nutricionais também norteiam a formulação de ações e estratégias de alimentação e nutrição do SUS no âmbito coletivo. Considerando as recomendações para o consumo médio de uma população específica, é possível atuar e evitar a carência ou excesso do consumo de nutrientes com vistas a prevenir e controlar os agravos relacionados à alimentação e nutrição, tais como obesidade, desnutrição e carências nutricionais específicas.

5.2 Energia

A energia é necessária para sustentar diversas funções do corpo, como, por exemplo, a respiração e a circulação. A energia utilizada para essas funções é basicamente proveniente das proteínas, carboidratos, e lipídeos, sendo os dois últimos as principais fontes de energia da alimentação. Com o objetivo de auxiliar na avaliação do consumo alimentar e planejamento da intervenção, são apresentadas equações de predição para estimar **Gasto Energético Total (GET)** diário dos indivíduos, calculado a partir da **Taxa Metabólica Basal (TMB)**⁵ e do **Nível de Atividade**. Ressalta-se que as crianças, gestantes e lactantes apresentam necessidades extras associadas ao crescimento e deposição de tecidos da mãe e da criança, mudanças no metabolismo materno, produção e secreção do leite. Essa energia é estimada e adicionada ao gasto energético total.

$$\text{GET (kcal/dia)} = \text{TMB} \times \text{nível de atividade}$$

A TMB poderá ser estimada de acordo com sexo, idade e peso do indivíduo avaliado, conforme equações apresentadas na **Tabela 1**.

Tabela 1. Equações recomendados para cálculo da Taxa Metabólica Basal (TMB) segundo gênero, faixa etária e peso corporal.

Faixa etária	Sexo	TMB kcal/dia
3 a 10 anos	Masculino	$22,706 \times P + 504,3$
	Feminino	$20,315 \times P + 485,9$
10 a 18 anos	Masculino	$17,686 \times P + 658,2$
	Feminino	$13,384 \times P + 692,6$
18 a 30 anos	Masculino	$15,057 \times P + 692,2$
	Feminino	$14,818 \times P + 486,6$
30 a 60 anos	Masculino	$11,472 \times P + 873,1$
	Feminino	$8,126 \times P + 845,6$
A partir de 60	Masculino	$11,711 \times P + 587,7$

⁵ A Taxa Metabólica Basal é a taxa mínima de gasto de energia compatível com a vida.

anos	Feminino	9,082 x P + 658,5
Fonte: SCHOFIELD, 1985.		

Em relação ao nível de atividade, a **Tabela 2** apresenta categorias de nível de atividade de acordo com padrões de estilo de vida do indivíduo avaliado, considerando, além das atividades obrigatórias (atividades que dificilmente podem ser evitadas e que são atribuídas ao indivíduo pelo contexto econômico, cultural ou social), as atividades discricionárias ou não ocupacionais (relacionadas ao lazer ou recreação, normalmente escolhidas pela própria pessoa e caracterizadas por envolver afeto, conhecimento, prazer, interesse).

Tabela 2 – Níveis de atividade física (NAF) segundo padrões de estilo de vida para adultos.

Categoria	NAF	Definição
Sedentários ou estilo de vida com atividades leves	1,40 – 1,69	Pessoas que não exercem muito esforço físico em sua ocupação, não caminham longas distâncias, que têm o hábito de utilizar veículos automóveis para o transporte, não realizam atividades físicas regularmente e passam a maior parte do tempo de lazer sentado.
Estilo de vida ativo ou moderadamente ativo	1,70 – 1,99	Pessoas com ocupações que envolvem maior gasto energético do que as “atividades sedentárias ou leves” ou ainda que realizam regularmente atividades físicas moderadas a intensas. Por exemplo, uma hora de atividade física moderada a intensa como corrida, ciclismo, dança aeróbica ou outras.
Estilo de vida com atividades pesadas	2,00 – 2,40	Pessoas que realizam regularmente atividades intensas, tanto ocupacionais quanto nos momentos de lazer. Exemplos são pessoas que nadam ou dançam uma média de duas horas por dia ou trabalhadores rurais que usam equipamentos manuais durante várias horas ao dia e caminham longas distâncias.

Valores de NAF > 2,40 são difíceis de serem mantidos por longos períodos.

Fonte: WHO, 2001.

O nível de atividade desejável inclui a prática regular de atividade física no trabalho ou no tempo livre, com uma intensidade e duração que irá reduzir o risco de excesso de peso e desenvolvimento de uma variedade de doenças crônicas não transmissíveis.

A estimativa da **necessidade energética na adolescência** é ainda mais complexa já que envolve o período de puberdade. O estirão pubertário é marcado por aumento do requerimento energético, enquanto que o período que o sucede pela redução dessas necessidades. Além das fórmulas considerarem apenas a faixa etária, sabemos que a idade em que ocorre o estirão pubertário é variável. Por isso, o nutricionista deve levar em conta as características individuais

ao planejar a intervenção alimentar e nutricional baseada na estimativa do requerimento energético.

[SAIBA MAIS: WEICHSELBAUM, E.; BUTTRISS, J. Diet, nutrition and schoolchildren: An update. Br Nutr Bull. 2014, 39, 9-73.](#)

As **necessidades de energia na gravidez** visam o ganho de peso materno adequado para assegurar o crescimento do bebê, placenta e tecidos maternos associados e para atender o aumento dos requerimentos metabólicos da gravidez. Além disso, a energia é necessária para manter o peso materno adequado, composição corporal e atividade física durante o período gestacional, bem como para manter os estoques de energia suficientes para ajudar na amamentação após o parto.

Este manual adota a recomendação do comitê da **FAO/OMS (2004)** que é baseada na estimativa de um acúmulo total ao longo do período gestacional, nos produtos da gestação, de 597 gramas de proteína e 3741 gramas de gorduras. Assim, o gasto energético total da gestação é de, aproximadamente, 77000 kcal associado ao adequado ganho de peso gestacional total, variando entre 10 a 14 kg, com média de 12 kg, para mulheres saudáveis e bem nutridas, considerando um recém-nascido com peso corporal de 3,3 kg e menores índices de complicações materno-fetais.

Para estimar a recomendação de energia para gestantes, deve-se estimar o gasto energético total da mulher, considerando a idade, e somar com o adicional energético gestacional.

$$\text{GET gestacional (kcal/dia)} = (\text{Taxa de Metabolismo Basal} \times \text{Nível de Atividade}) + \text{adicional energético da gestação}$$

ADICIONAL ENERGÉTICO DURANTE A GESTAÇÃO (GANHO DE PESO MÉDIO DE 12 KG) = 77000 KCAL

1º trimestre (idade gestacional < 14 semanas): 85 kcal/dia

2º trimestre (idade gestacional ≥ 14 semanas a < 28 semanas): 285 kcal/dia

3º trimestre (idade gestacional ≥ 28 semanas): 475 kcal/dia

Quando a gestante não iniciar o pré-natal no primeiro trimestre, considerar 360 kcal (85 + 285 kcal) a partir do segundo trimestre.

Outra forma é calcular o adicional de calorias baseado no ganho de peso esperado. Considerando adicional energético de 77000 kcal para ganho de peso médio de 12 kg, para ganhar 1 kg são necessários 6417 kcal. O valor total do adicional de energia calculado é dividido pelo número de dias considerando a data prevista do parto.

$$\text{Adicional de energia} = (\text{Ganho de peso esperado kg} \times 64170 \text{ kcal}) / \text{número dias}$$

O **requerimento de energia de uma mulher que está amamentando** (lactante ou nutriz) inclui a energia necessária para produzir um volume adequado de leite materno, que será somado à necessidade de energia pré-gestacional. Os principais fatores que influenciam as necessidades energéticas de mulheres lactantes são a duração e a intensidade da amamentação e o seu estado nutricional.

Para calcular o requerimento energético durante a lactação, deverão ser consideradas as mesmas equações de mulheres não nutrizas e o nível de atividade física é semelhante ao usual, somado ao adicional energético deste período. Assim, as mulheres saudáveis com ganho de peso gestacional adequado e que estão amamentando exclusivamente devem aumentar a ingestão de energia em 505 kcal/dia durante os primeiros seis meses de lactação (adicional energético). As mulheres com baixo peso e aquelas com ganho de peso gestacional insuficiente devem ter adicional de 675 kcal/dia durante o primeiro semestre de lactação. Os requerimentos de energia para a produção de leite no segundo semestre são dependentes das taxas de produção de leite, que são altamente variáveis entre as mulheres e as populações.

Durante a gestação e lactação, não há contraindicação do consumo de qualquer alimento, exceto em situações específicas em que haja comprovações clínicas e bioquímicas que certos alimentos devem ser excluídos da alimentação nesse período. Mitos e simpatias associadas à produção do leite materno podem deixar as mães inseguras sobre sua capacidade inata de amamentar, deixando as crianças mais vulneráveis ao desmame precoce.

GESTAÇÃO, ALEITAMENTO MATERNO E OBESIDADE

Os valores recomendados de ingestão de energia não devem ser considerados como valores fixos a serem orientados a todas as gestantes e lactantes. As recomendações devem apenas nortear o profissional que, antes de planejar a intervenção, deverá avaliar a condição nutricional da gestante/lactante e o contexto que ela está inserida, bem como os fatores de risco associados a essa condição.

Estudos conduzidos no Brasil mostraram que o ganho de peso durante a gestação tem sido muito superior ao recomendado em até 50% das mulheres (SANTOS et al., 2012;

MARANO et al., 2012; NUCCI et al., 2001). Além das consequências para a criança (como excesso de peso ao nascer e macrosomia infantil), o ganho de peso gestacional excessivo está associado à retenção de peso materno tanto no curto, quanto no longo prazo (NAST et al., 2013; MANNAN et al., 2013; VESCO et al., 2009; OLSON et al., 2003).

Apesar de resultados ainda controversos quanto à influência da amamentação na retenção de peso após o parto, há evidência que amamentar pode ser um dos fatores que contribui para a perda de peso pós-parto (MAMUN et al., 2010; ONYANGO et al., 2011).

As intervenções alimentares e nutricionais durante a gestação e a lactação devem considerar os fatores de risco associados à condição nutricional da mulher visando à prevenção do ganho de peso gestacional excessivo e a redução da retenção de peso após o parto.

5.3 Macronutrientes

O desequilíbrio na proporção de macronutrientes da alimentação pode contribuir com o aumento do risco de desenvolvimento de doenças crônicas, entre outros agravos. Dessa forma, foram estimadas faixas aceitáveis de distribuição de macronutrientes em relação ao total energético da dieta para prevenção de doenças crônicas relacionadas à alimentação. Esta distribuição representa a ingestão na qual os nutrientes essenciais presentes na alimentação podem ser consumidos em quantidade suficiente e na relação adequada, considerando a energia do metabolismo basal e a atividade física, para manter o balanço energético, sendo expressa em percentual do consumo total de energia.

Tabela 3 – Faixas de distribuição de macronutrientes expressa em percentual da energia total da dieta segundo faixa etária.

Nutriente	Faixa de distribuição (% da energia total da dieta)	
	2 a 18 anos	> 18 anos
Gorduras totais	25 – 35% ^c	20 - 35% ^c
Ácidos graxos saturados	8%	<10% ^c
	Crianças com história de dislipidemia familiar (colesterol LDL alto) devem receber percentuais mais baixos de AGS, mas não reduzir a ingestão total de gordura. ^c	
Ácidos graxos poli-insaturados (PUFA)	11% ^c	6 - 11% ^c
	EPA + DHA	n-6 PUFA 2,5 - 9%
	2 – 4 anos: 100- 150mg	n-3 PUFA 0,5 - 2%
	4 – 6 anos: 150 – 200 mg	

	6 – 10 anos: 200 – 250 mg	
Ácidos graxos <i>trans</i>	- ^{a, c}	- ^{a, c}
Ácidos graxos monoinsaturados (MUFA)	Diferença ^{b, c}	Diferença ^{b, c}
Carboidratos totais	-	50 – 70% ^d
Açúcar livre	-	<10%
Fibra alimentar total	-	>25g O consumo recomendado de frutas e vegetais e de cereais integrais é capaz de proporcionar a ingestão de mais de 25 g por dia de fibra alimentar total.
Proteína	-	10 – 15% ^d
Frutas, legumes e verduras	-	≥400g/dia ^d

n-6 PUFA: Ácido graxo poli-insaturado ômega-6; n-3 PUFA: Ácido graxo poli-insaturado ômega-3; EPA: Ácido eicosapentaenóico; DHA: Ácido docosahexaenóico.

^a Não existe recomendação de níveis seguros de ingestão de gordura *trans*.

^b Calculado pela seguinte diferença: gorduras totais – (ácidos graxos saturados + ácidos graxos poli-insaturados + ácidos graxos *trans*).

^c FAO/WHO/UNU, 2010.

^d OMS, 2003.

Frutas, verduras e legumes são importantes componentes de uma alimentação saudável (WHO, 2003) e seu consumo diário, em quantidades suficientes, pode prevenir o desenvolvimento de doenças crônicas, como doenças cardiovasculares e certos tipos de câncer (CROWE et al., 2011; HARTLEY et al., 2013; OYEBODE et al., 2014; LI et al., 2014; HU et al., 2014; VIEIRA et al., 2015).

Pesquisa que avaliou o consumo alimentar dos brasileiros mostrou que menos de 10% da população atinge as recomendações de consumo de frutas, verduras e legumes (BRASIL, 2011a).

5.3.1 Carboidratos

Os carboidratos são a principal fonte de energia para a maioria das células do organismo humano. O percentual de distribuição na alimentação é variável, sendo recomendada a participação de 50 a 70% da energia total da alimentação.

As principais fontes de carboidratos incluem o grupo dos cereais (arroz, milho, trigo, aveia, centeio) e raízes e tubérculos (mandioca, batata-inglesa, batata-doce, batata-baroa ou mandioquinha, cará e inhame). No entanto, leguminosas, lácteos, frutas e alguns tipos de legumes também apresentam boas quantidades desse nutriente. Muitos desses alimentos, comumente passam por processos mínimos, como

limpeza, remoção de partes não comestíveis, secagem, embalagem, resfriamento, congelamento, moagem e fermentação, transformando o alimento in natura em minimamente processado. Alguns exemplos são o arroz e o feijão que são comumente adquiridos após secagem e embalagem; o milho, o trigo e a mandioca que costumam ser moídos e consumidos na forma de farinhas ou de massas feitas de farinhas e água.

O grupo dos carboidratos inclui, ainda, as **fibras alimentares** que têm sido associadas a efeitos benéficos no organismo, como prevenção da obesidade, doenças cardiovasculares, diabetes tipo II e constipação intestinal. Cada vez mais os estudos mostram que alimentos e padrões alimentares agem sinergicamente influenciando o risco/proteção de várias doenças crônicas. A associação entre o consumo de cereais e grãos integrais e a menor incidência de doenças crônicas (WU et al., 2015; JACOBS & GALLAHER, 2004; JACOBS et al., 2000) pode ser justificada pela interação dos compostos presentes em todas as partes do grão (farelo, germe, e endosperma), como a fibra alimentar, antioxidantes, fitoquímicos e outros compostos bioativos (lignanos, fitosteróis, ácidos graxos insaturados, anti-nutrientes) (LIU et al., 1999). Parece que os fitoquímicos que estão localizadas na matriz da fibra, em vez da fibra propriamente dita, são responsáveis pelos efeitos benéficos na saúde. Esses efeitos são, ainda, amplificados quando a alimentação inclui, além do consumo de cereais e grão integrais, elevada quantidade de verduras e legumes (JACOBS & STEFFEN, 2003). As recomendações devem priorizar o incentivo ao consumo de **alimentos naturalmente ricos em fibra alimentar** (cereais e grão integrais, leguminosas, frutas e hortaliças), mais do que somente a ingestão total de fibras.

O Comitê de especialistas da Organização Mundial da Saúde e da Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação considerou que as quantidades recomendadas de frutas, verduras, legumes (400g/dia) e consumo regular de cereais e grãos integrais proporcionaria ingestão adequada de fibra alimentar total (polissacarídeo não-amido), não sendo definido valores precisos de recomendação (MANN et al., 2007). Dessa forma, as recomendações de carboidratos consideram o consumo de cereais e grãos integrais, frutas, verduras e legumes como principais alimentos fonte desse nutriente visando, entre outros aspectos, o consumo adequado de fibra alimentar.

As fibras adicionadas aos alimentos ultraprocessados, como aquelas presentes nas barras de cereais ou biscoitos integrais, não trazem os mesmos benefícios que o

consumo de alimentos naturalmente fontes de fibras, provavelmente devido à ausência dos nutrientes e compostos não nutrientes que atuam sinergicamente reduzindo o risco de doenças. Paralelamente ao crescente conhecimento de profissionais de saúde e da população acerca da composição nutricional desbalanceada dos alimentos ultraprocessados, nota-se aumento na oferta de versões reformuladas desses produtos, como é o caso de alimentos adicionados de fibras ou micronutrientes sintéticos sem a garantia de que o nutriente adicionado reproduza no organismo a função do nutriente naturalmente presente nos alimentos.

Quadro 14 – Alimentos naturalmente fonte de fibra alimentar.

ALIMENTOS	MEDIDA CASEIRA ^A	QUANTIDADE (G) ^A	FIBRA ALIMENTAR (G) ^B
Abacate	1 colher de sopa	45	2,83
Ameixa crua	1 unidade média	42	1,00
Aveia	2 colheres de sopa	30	2,73
Banana prata	1 unidade média	75	1,50
Beterraba crua	1 colher de sopa	16	0,54
Brócolis	2 colheres de sopa	20	0,68
Castanha do Brasil	3 unidades	30	2,37
Couve manteiga refogada	2 colheres de sopa	40	2,28
Farinha de mandioca crua	1 colher de sopa	16	1,02
Feijão carioca ou preto cozido	1 concha média	140	11,9
Goiaba	1 unidade pequena	50	3,15
Laranja com bagaço	1 unidade média	180	7,20
Lentilha cozida	1 concha média	160	12,6
Maça com casca	1 unidade média	150	1,95
Mamão formosa	1 fatia média	170	3,06
^a IBGE, 2011b			
^b TACO, 2011			

Por fim, ressalta-se também a grande participação do **açúcar** na alimentação, principalmente aquele fornecido por meio dos alimentos processados e ultraprocessados, que tendem a apresentar elevado teor de açúcar livre. Além disso, o (a) nutricionista deve atentar-se para o açúcar adicionado aos alimentos e preparações culinárias para que este ingrediente seja usado em pequenas quantidades, evitando o consumo excessivo e prevenindo as doenças relacionadas, como obesidade.

AÇÚCAR DE ADIÇÃO

Açúcares de adição são substâncias extraídas de alimentos (cana de açúcar, beterraba e milho) para posterior uso como açúcar de mesa (adicionado em preparações culinárias) ou na produção de alimentos processados e ultraprocessados.

Evidências mostram que o consumo de açúcares de adição está associado ao aumento do risco de obesidade (TE MORENGA et al., 2013), cáries dentárias (MOYNIHAN et al., 2014;

COTTRELL, 2014), diabetes e doenças cardiovasculares (WELSH et al., 2011; YANG et al., 2014). Em relação ao consumo de açúcares naturalmente presentes nos alimentos, como a frutose e a sacarose presentes nas frutas e a lactose presente no leite, não há evidência de malefícios à saúde decorrentes do seu consumo.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2015), a recomendação, para adultos e crianças é de que o consumo diário de açúcar de adição não ultrapasse 10% das calorias ingeridas diariamente, considerando uma alimentação saudável. Maiores benefícios à saúde podem ser alcançados se o consumo diário de açúcar for reduzido para 5% das calorias ingeridas (ou cerca de 25g de açúcar por dia).

Pesquisas nacionais mostram que o consumo de açúcar no Brasil excede largamente a recomendação da Organização Mundial da Saúde e alerta para importante alteração nas fontes de consumo nos últimos anos. O açúcar de adição representou 16,7% das calorias totais e sua participação mostrou-se elevada em todos os estratos regionais e de renda. A participação do açúcar de mesa nos últimos 15 anos foi reduzida, enquanto a contribuição do açúcar adicionado aos alimentos ultraprocessados dobrou (de 17,4% para 35,5%), especialmente por meio do consumo de refrigerantes (de 6,1% para 18,8%) e biscoitos (de 2,4% para 5,2%) (LEVY et al., 2012).

5.3.2 Proteína

A proteína tem importante função na estrutura das células do corpo, funcionando como enzimas, transportadoras e hormônios. Ela é fundamental para o crescimento, o desenvolvimento e a manutenção do organismo e possibilita por meio da obtenção dos aminoácidos necessários para a síntese proteica, a formação de novos tecidos e a restituição das proteínas catabolizadas.

Em ocasiões em que o requerimento energético não é atingido por meio da utilização de carboidratos e lipídeos, os aminoácidos provenientes da ingestão de proteínas serão utilizados como fonte de energia para o organismo, desviando de sua função principal de síntese proteica. As recomendações de proteína devem estar em consonância com as demais recomendações nutricionais, a fim de que sejam garantidas fontes adequadas de energia para o organismo sem que haja prejuízo na síntese proteica.

Entre os 22 aminoácidos fisiologicamente importantes, oito são considerados essenciais. Isto é, não são sintetizados no organismo e, portanto, devem ser ingeridos por meio dos alimentos. São eles: leucina, isoleucina, lisina, metionina, fenilalanina, treonina, triptofano e valina. Para adequado desempenho das funções das proteínas no organismo, é importante que elas sejam corretamente digeridas, absorvidas e forneçam quantidades e proporções apropriadas de aminoácidos. O valor nutricional das proteínas é influenciado pela composição, digestibilidade, biodisponibilidade de aminoácidos essenciais, ausência de toxicidade e/ou propriedades antinutricionais.

A necessidade de proteína refere-se ao menor nível de ingestão de proteína que garante o equilíbrio das perdas de nitrogênio pelo organismo em indivíduos que mantêm o balanço energético com níveis moderados de atividade física (FAO/OMS/UNU, 1985). Em crianças, gestantes e lactantes, a necessidade de proteína é aumentada, pois inclui o gasto com formação de tecidos e a secreção de leite.

Recomenda-se que a distribuição da proteína varie entre 10 a 15% do valor energético total da alimentação. Complementarmente à distribuição energética da proteína, o nutricionista deverá também considerar as recomendações desse nutriente com base no peso do indivíduo (grama de proteína por quilograma de peso por dia), conforme apresentado na **tabela 4**.

Tabela 4 – Recomendações diárias de proteínas por sexo e faixa etária.

IDADE	GÊNERO	RECOMENDAÇÃO (G/KG/DIA)	ADICIONAL (G/DIA)
3 anos	Masculino	0,90	-
	Feminino		
4 a 6 anos	Masculino	0,87	-
	Feminino		
7 a 10 anos	Masculino	0,92	-
	Feminino		
11 a 14 anos	Masculino	0,90	-
	Feminino	0,89	-
15 a 18 anos	Masculino	0,87	-
	Feminino	0,84	-
18 anos ou mais	Masculino	0,83	-
	Feminino		
Gestantes	Feminino	A depender da faixa etária	1º trimestre: +1g 2º trimestre: +10g 3º trimestre: +31g
Lactantes	Feminino	A depender da faixa etária	1º semestre: + 19g 2º semestre: + 13g

Fonte: FAO/WHO/UNU, 2001.

Carnes, leites e derivados, feijões, ervilhas, soja e oleaginosas (amendoim, amêndoa, castanhas, nozes) são exemplos de alimentos que são fonte de proteína. O **Quadro 15** apresenta o teor de proteína de alguns alimentos in natura e minimamente processados.

Quadro 15 – Alimentos naturalmente fonte de proteína.

ALIMENTOS	MEDIDA CASEIRA ^A	QUANTIDADE (G/ML) ^A	PROTEÍNA (G) ^B
Abóbora cozida	2 colheres de sopa	72	1,00
Amendoim torrado	2 colheres de sopa	32	7,20
Aveia em flocos	2 colheres de sopa	30	4,17
Camarão cozido	3 colheres de sopa	60	11,4
Carne bovina filé grelhado	1 unidade média	100	32,8
Carne bovina moída	2 colheres de sopa	50	13,4
Castanha de caju torrada	4 unidades	10	1,85
Ciriguela	5 unidades	50	0,70
Espinafre refogado	2 colheres de sopa	50	1,35
Farinha de milho	2 colheres de sopa	24	1,72
Feijão preto cozido	1 concha média	140	6,72
Frango, sobrecoxa assada	1 unidade média	65	18,98
Iogurte natural	1 unidade	200	8,20
Lentilha cozida	1 concha média	160	10,08
Ovo de galinha cozido	1 unidade média	45	7,15
Peixe cozido	1 filé médio	120	30,00
Pinha	1 unidade média	60	0,90
Porco, pernil assado	1 fatia	42	13,40
Queijo minas frescal	1 fatia média	45	7,83
Queijo mozzarella	1 fatia média	20	4,52
Repolho refogado	2 colheres de sopa	40	0,72

^a IBGE, 2011b.
^b TACO, 2011.

No que se refere à composição de aminoácidos essenciais, destacam-se as proteínas do ovo, do leite, de peixes e de outras carnes, por terem maiores valores nutricionais devido à maior biodisponibilidade. Reconhece-se que a combinação de adequadas fontes de proteína de origem vegetal pode garantir o balanço adequado de aminoácidos, como a combinação de cereais (arroz, trigo, milho) com leguminosas (feijão, soja, ervilha), como o tradicional prato brasileiro de “arroz com feijão”.

A análise do consumo alimentar de uma amostra representativa da população brasileira (IBGE, 2011a) demonstrou que a participação das proteínas no valor energético total da alimentação variou entre 15 e 16% entre adolescentes e 16 a 17% entre adultos e idosos. Ambos percentuais encontram-se acima da recomendação da OMS (10 a 15%), que não significa um consumo excessivo, mas que a alimentação do brasileiro já apresenta tradicionalmente um aporte maior de proteína.

A necessidade de utilização de suplementação com proteínas e aminoácidos deve ser avaliada individualmente considerando o sexo, peso, altura, atividade física, composição corporal e estágio puberal e, quando prescrita, realizada sob a orientação

do profissional. Apesar dos efeitos negativos para a saúde decorrente do consumo excessivo de proteína não estarem claros e aparentemente só ocorrem, como no caso de prejuízos à função renal, com valores de ingestão que excedam em mais de duas vezes o limite superior da recomendação (WHO/FAO, 2007), não há indicação para extrapolar os valores recomendados. O consumo excessivo de um nutriente pode substituir ou interferir no consumo/absorção de outro. Considerando que a alimentação do brasileiro já apresenta maior aporte proteico, o (a) nutricionista deve avaliar o risco de consumo excessivo associado à suplementação ou alimentos adicionados de proteína.

5.3.3 Lipídeos

Os lipídeos são nutrientes altamente energéticos (nove quilocalorias por grama) e meios necessários para a absorção de vitaminas lipossolúveis e carotenoides. No entanto, devido ao seu aporte energético, é preocupante a potencial relação entre o consumo de alimentos como elevado teor de gordura e o excesso de peso. A OMS, após ampla revisão sobre os efeitos do consumo de gorduras na saúde, recomenda que 20 a 35% do valor energético total da alimentação sejam provenientes de gordura total e que seja levado em consideração à qualidade da fonte de lipídeo a ser consumida.

O quadro 16 apresenta exemplos de alimentos in natura e minimamente processados e ingredientes culinários que são fontes de lipídeos.

Quadro 16 – Alimentos in natura e minimamente processados e ingredientes culinários fontes de lipídeos.

ALIMENTOS	MEDIDA CASEIRA ^A	QUANTIDADE (G/ML) ^A	LIPÍDEO (G) ^B
Abacate	1 colher de sopa	45	3,78
Amendoim torrado	2 colheres de sopa	34	18,36
Azeite de oliva	1 colher de sopa	8	8,00
Carne bovina moída	2 colheres de sopa	50	5,45
Castanha do Brasil	3 unidades	30	19,05
Coco	1 pedaço médio	40	16,80
Frango, sobrecoxa assada sem pele	1 unidade média	65	8,12
Manteiga	1 colher de sopa	32	27,52
Óleo vegetal*	1 colher de sopa	8	8,00

Ovo de galinha inteiro cozido	1 unidade	45	4,27
Porco, costela assada	1 unidade média	25	7,57
Queijo mozzarella	1 fatia média	20	5,04
Salmão grelhado	1 filé médio	120	17,4
Sardinha assada	1 filé médio	120	3,60
Peixe, posta cozido	1 unidade média	200	1,40
Tucumã	2 unidades	23,4	4,46
* Girassol, milho, canola, soja. ^a IBGE, 2011b. ^b TACO, 2011.			

Quadro 17 – Ácidos graxos presentes nos alimentos.

TIPO	Ácidos graxos saturados	Ácidos graxos insaturados		Ácidos graxos trans
		Monoinsaturados (uma única ligação dupla)	Poli-insaturado (duas ou mais ligações duplas)	
FONTE	Principalmente em gorduras animais, como toucinho, bacon, banha de porco e outros.	Azeite de oliva, oleaginosas e abacate (possuem importante papel na redução do colesterol sanguíneo, pertencentes à série ômega-9).	Menor quantidade nos alimentos, encontrado em peixes, óleo e sementes de soja, alga e folhosos verdes (poli-insaturado ômega-3 ou ácido alfa linolênico) nas castanhas e nos óleos de milho, de girassol e de soja (poli-insaturado ômega-6 ou ácido linoleico).	Óleos e gorduras hidrogenadas, margarinas sólidas e gorduras industriais presentes em alimentos ultraprocessados, (Ex. sorvetes, chocolates, biscoitos, pães recheados, molhos para salada, maionese, bolos e salgadinhos de pacote).
RECOMEN DAÇÃO	> 10% do valor energético total (WHO, 2009).	Calculada pela diferença entre as gorduras totais da alimentação e a participação de ácidos graxos saturados, poli-insaturados e trans.	2,5 - 9% do ômega-6 e 0,5 - 2% do ômega-3 da alimentação para adultos.	Não existe recomendação de níveis seguros de ingestão da substância (WHO, 2004).

As carnes vermelhas (carnes de gado, porco, cabrito e cordeiro) por um lado são excelentes fontes de proteína de alta qualidade e têm teor elevado de muitos

micronutrientes (em especial ferro, vitamina B12 e zinco), por outro lado, tendem a serem ricas em gorduras, principalmente as saturadas.

Segundo dados de pesquisa nacional, mais de 82% na população brasileira apresenta consumo excessivo de gordura saturada (maior do que 7% do consumo de energia). Os alimentos que mais contribuíram com esse percentual foram biscoitos recheados, salgadinhos industrializados, pizzas e doces – todos alimentos ultraprocessados (IBGE, 2011a).

Os ácidos alfa linolênico e linoleico são também conhecidos como **ácidos graxos essenciais**, uma vez que não podem ser sintetizados no organismo e, portanto, devem ser obtidos por meio da alimentação. Esses ácidos graxos essenciais desempenham importante papel nas membranas estruturais e, por isso, recomenda-se o consumo de 2,5 – 9,0% do ômega-6 e 0,5 – 2,0% do ômega-3 da alimentação para adultos. A OMS não recomenda relação de proporcionalidade para o consumo do ômega 3 e 6. A orientação é de que as recomendações específicas sejam atingidas por meio de uma alimentação saudável baseada no consumo de alimentos in natura e minimamente processados e, dessa forma, há a garantia de uma relação adequada do consumo desses ácidos graxos.

A análise do perfil de lipídios da alimentação de brasileiros com 10 ou mais anos de idade, segundo a média do consumo de energia e ácidos graxos, por sexo e faixa etária, mostra que a contribuição percentual de ômega-6 (cerca de 5% da energia total) e ômega-3 (cerca de 0,6% da energia total) atende as recomendações desses ácidos graxos em todas as faixas etárias avaliadas (IBGE, 2011a).

Apesar de publicações recentes terem levantado controvérsias em relação aos malefícios do consumo excessivo de gordura saturada, não há evidências suficientes que justifiquem assumir posição contrária àquela assumida pela Organização Mundial da Saúde (menos de 10% da energia total consumida diariamente). É importante esclarecer que a questão central é o que substitui a gordura saturada quando um indivíduo reduz a quantidade de gordura saturada da sua alimentação (WILLETT et al., 2014). Se a gordura saturada for substituída por açúcar livre – estratégia comumente utilizada em alimentos ultraprocessados reformulados, o risco de desenvolver doenças cardiovasculares permanece o mesmo. No entanto, se a gordura saturada for substituída por outro tipo de gordura, como as gorduras insaturadas (presentes principalmente em alimentos in natura e minimamente processados, como os óleos vegetais e as castanhas), há evidências de que o risco será reduzido.

Os **ácidos graxos trans** são um tipo de lipídeo cujo consumo está associado ao aumento das concentrações do colesterol total e do colesterol de baixa densidade – LDL e ao maior risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares (MOZAFFARIAN et al., 2009; WHO, 2009). Assim, considerando os riscos associados ao consumo de

ácidos graxos trans e que não existe recomendação de níveis seguros de ingestão da substância (WHO, 2004), seu consumo deve ser desencorajado.

Destaca-se que a maior parte da gordura total, saturada e trans da alimentação do brasileiro é proveniente de alimentos ultraprocessados. Estudo recente que comparou o perfil de nutrientes da alimentação dos brasileiros mostrou que a fração relativa aos alimentos ultraprocessados possui 2,5 vezes mais energia por grama, 1,5 vezes mais gorduras totais e gorduras saturadas e oito vezes mais gorduras trans do que a fração relativa aos alimentos in natura e minimamente processado (LOUZADA et al. 2015). As recomendações devem priorizar o consumo de gorduras fornecidas por alimentos in natura e minimamente processados e por ingredientes culinários, como óleos vegetais e as gorduras comumente utilizadas em preparações culinárias, a fim de garantir quantidade e qualidade do perfil lipídicos na alimentação. Óleos e gorduras, se utilizados em pequenas quantidades, não apresentam risco *a priori* para a saúde, principalmente se considerarmos uma alimentação baseada em alimentos in natura e minimamente processados.

Alimentos in natura ou minimamente processados, predominantemente de origem vegetal, são a base para uma alimentação saudável

O relatório da Agência Internacional de Investigação do Câncer (IARC - International Agency for Research on Cancer), órgão ligado a Organização Mundial da Saúde, lançado em 2015 declarou a carne processada, como salsichas, bacon e embutidos - ou alimento ultraprocessado segundo Guia Alimentar para a População Brasileira -, como carne claramente cancerígena e a carne vermelha como provavelmente cancerígena. A mensagem do relatório é "coma menos carne".

Em 1959, o livro "Eat Well and Stay Well" (Ancel e Margaret Keys) alertou sobre a relação entre o consumo de gordura saturada, carnes processadas e carnes vermelhas e as doenças cardiovasculares. Desde então, órgãos e agências internacionais têm adotado tal recomendação considerando a possível relação alimentação-doença.

A relação entre câncer (especificamente de cólon e reto) e o consumo de carne vermelha começou a ser estudada por pesquisadores e agências internacionais em 1970. A dúvida era se a relação era devido à gordura total, gordura saturada, proteína, carcinógenos induzidos quando a carne é cozida a altas temperaturas ou algum outro componente.

A partir de 1990, comitês de diretrizes dietéticas aconselharam o consumo de carnes magras e a restrição a ingestão de carnes processadas, basicamente pelo alto teor de gordura desses alimentos. Além disso, especialistas em câncer alertaram que a carne vermelha "provavelmente" aumenta o risco de câncer colorretal e "possivelmente" aumenta o risco de câncer de pâncreas, mama, próstata e rim. O relatório IARC, com base em evidências mais recentes, faz recomendações ainda mais fortes e descreve agentes cancerígenos como os fatores causadores.

O comitê americano também recomendou recentemente padrões alimentares com reduzido teor de carne processada e carne vermelha e maiores quantidades de alimentos

de origem vegetal, carnes magras e frutos do mar (2015 Dietary Guidelines Advisory Committee - DGAC).

A alimentação baseada em alimentos in natura ou minimamente processados, em grande variedade e predominantemente de origem vegetal, são adequadas para todos os tipos de problemas de saúde - obesidade, diabetes tipo II, doenças coronárias e, agora, câncer, especialmente, colorretal - bem como para as preocupações ambientais. A recomendação do relatório reforça a recomendação do Guia Alimentar para a População Brasileira que orienta consumir menos carne vermelha (alterar com outros tipos de carnes, como frango e peixe, ovos e até preparações a base de verduras e legumes) e evitar o consumo de carnes ultraprocessadas, como salsichas, bacon e embutidos.

BOUVARD, V. et al. Carcinogenicity of consumption of red and processed meat. *The Lancet Oncology*, Published online 26 October 2015.

The International Agency for Research on Cancer (IARC). Disponível em: <http://www.iarc.fr/>
NESTLE, M. Some comments on the meat-is-carcinogenic report. In *Food Politics*. October 27 2015. Disponível em: <http://www.foodpolitics.com/2015/10/some-comments-on-the-meat-is-carcinogenic-report/>

5.4 Micronutrientes

Micronutrientes (vitaminas e minerais) são nutrientes necessários para a manutenção do organismo, requeridos em pequenas quantidades (miligramas e microgramas).

As vitaminas e os minerais são nutrientes indispensáveis e essenciais para o bom funcionamento do organismo e estão naturalmente presentes nos alimentos in natura e minimamente processados, como nos grãos, frutas, verduras, legumes, feijões, carnes, leite e ovos. Os alimentos e grupos de alimentos possuem diferentes tipos e quantidade de vitaminas e minerais, por isso a necessidade de ingerir diferentes grupos de alimentos e variar dentro de um mesmo grupo. Uma alimentação variada com base em alimentos in natura e minimamente processados e preparações culinárias feitas com esses alimentos pode fornecer as quantidades recomendadas desses nutrientes.

Em algumas situações específicas, como quando são observadas altas prevalências de carências nutricionais, em nível nacional e/ou regional, ações complementares à promoção da alimentação adequada e saudável tornam-se necessárias, como a recomendação do uso universal da suplementação de micronutrientes.

ESTRATÉGIAS PARA A PREVENÇÃO E CONTROLE DAS CARÊNCIAS NUTRICIONAIS NO BRASIL

As deficiências nutricionais acometem indivíduos de países desenvolvidos, mas em

maior magnitude os indivíduos de países em desenvolvimento, Povos e Comunidades Tradicionais e outros que vivem em situação de vulnerabilidade social. Estima-se que mais de dois bilhões de pessoas no mundo tenham alguma deficiência de vitaminas e minerais essenciais, principalmente de ferro, vitamina A, iodo e zinco, sendo que a maioria delas reside em países de baixa renda.

Dentre os fatores de risco para deficiências de micronutrientes enumerados pela **Organização Mundial da Saúde** destacam-se: alimentação monótona resultando em baixa ingestão e baixa biodisponibilidade de energia e nutrientes, especialmente minerais; baixa ingestão de alimentos de origem animal; baixa prevalência de aleitamento materno; baixa densidade de micronutrientes na alimentação complementar; estado nutricional geral prejudicado, especialmente, desnutrição energético-proteica; pobreza; baixa escolaridade; entre outros.

Apesar da importante redução das taxas de desnutrição infantil constatada nos últimos anos no Brasil, estudos apontam para as altas prevalências de outros agravos nutricionais, como a deficiência de micronutrientes. A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS-2006) mostrou que a prevalência de baixo peso para estatura em crianças menores de cinco anos observadas no Brasil foi de 1,6%; a baixa estatura para a idade foi de 6,8%, o excesso de peso foi de 7,4%; a deficiência de vitamina A de 17,4%; a prevalência de anemia foi de 20,9%, sendo mais agravada entre as crianças de 6 a 23 meses, chegando a 24,1%.

A anemia e a deficiência de vitamina A configuram-se como problemas de saúde pública com impactos econômicos e sociais relevantes, o que justifica o investimento em políticas públicas voltadas à prevenção e ao controle dessas carências nutricionais. A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (BRASIL, 2011) estabelece como prioridade da atenção nutricional, no âmbito da atenção básica, as ações voltadas à promoção, prevenção e ao controle das carências nutricionais específicas. Em relação ao controle e prevenção das carências nutricionais específicas, o Ministério da Saúde conduz ações em três principais eixos: promoção da alimentação adequada e saudável, fortificação de alimentos e suplementação profilática.

O investimento em ações de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável visa à realização de um direito humano básico, que proporcione a realização de práticas alimentares apropriadas dos pontos de vista biológico e sociocultural, bem como o uso sustentável do meio ambiente. As ações de promoção da alimentação adequada e saudável são prioritárias na PNAN, que tem como propósito a garantia da melhoria da qualidade de vida e nutrição da população, de forma a atender às suas necessidades de saúde, contribuindo para a redução da prevalência de agravos relacionados à má alimentação e nutrição.

Em 2002, foi instituída a fortificação obrigatória das farinhas de trigo e milho com ferro e ácido fólico, regulamentada por meio da RDC nº 344 da ANVISA, no qual determina a adição obrigatória de 4,2mg/100g de ferro e 150µg/100g ácido fólico nas farinhas de trigo e milho comercializadas no território nacional, destinadas ao uso industrial, incluindo as panificadas e as farinhas adicionadas nas pré-misturas.

Complementarmente às ações descritas acima, são desenvolvidas ações de suplementação com sulfato ferroso e ácido fólico por meio do Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF), instituído pela Portaria nº 1977, de 12 de setembro de 2014. O PNSF consiste na suplementação profilática de ferro para todas as crianças de 6 a 24 meses de idade, gestantes ao iniciarem o pré-natal, independente da idade gestacional até o terceiro mês pós-parto, e na suplementação de gestantes com ferro e ácido fólico.

Mais recentemente, o Ministério da Saúde lançou o NutriSUS - Estratégia de fortificação da alimentação infantil com micronutrientes em pó - , com o objetivo de potencializar o

pleno desenvolvimento infantil, a prevenção e o controle das deficiências de vitaminas e minerais na infância. O NutriSUS consiste na adição direta de nutrientes (vitaminas e minerais) em pó aos alimentos que a criança com idade entre 6 e 48 meses de idade irá consumir em uma de suas refeições diárias. A estratégia foi implantada em creches participantes do Programa Saúde na Escola (PSE), como uma das ações intersectoriais que visam à saúde, nutrição e desenvolvimento das crianças brasileiras.

O Brasil realiza também a suplementação de crianças na faixa etária de 6 a 59 meses com megadoses de vitamina A em municípios contemplados no Plano Brasil Sem Miséria e Distritos Sanitários Especiais Indígenas. O Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A foi instituído oficialmente por meio da Portaria nº 729, de maio de 2005, cujo objetivo é reduzir e controlar a deficiência nutricional de vitamina A, a mortalidade e morbidade em crianças de 6 a 59 meses de idade.

O beribéri (deficiência de tiamina) tem sido também um importante problema de saúde pública no Brasil desde 2006, quando surgiram os casos notificados nos estados do Maranhão, Tocantins e posteriormente em indígenas aldeados em Roraima. Esta deficiência tem sido determinada pelas condições de vida e trabalho, sendo necessário, além das políticas de saúde, a definição de ações no escopo das políticas sociais intersectoriais para o seu enfrentamento.

Desta forma, fomenta-se o compromisso com o investimento em ações que potencializem a saúde materna, o pleno desenvolvimento infantil e a prevenção e controle das deficiências de vitaminas e minerais, com redução dos impactos econômicos e sociais que a má nutrição pode acarretar.

IMPORTANTE! Vale ressaltar que as estratégias acima descritas diferenciam-se da fortificação voluntária de alimentos, a maioria ultraprocessados, que consiste na adição de vitaminas e minerais, a critério da indústria de alimentos, com o objetivo de marketing nutricional. Tal tipo de fortificação não compõe o rol de iniciativas governamentais com foco na prevenção e controle das carências nutricionais específicas.

Considerando a importância de garantir ao indivíduo uma alimentação adequada e saudável que contemple as necessidades de saúde, o **Quadro 4.4** apresenta alimentos naturalmente fonte dos principais micronutrientes. A tabela de recomendação de ingestão desses nutrientes está nos anexos 4.1 e 4.2.

Quadro 18 – Alimentos naturalmente fonte dos principais micronutrientes.

Micronutrientes (vitamina/mineral)	Alimentos Fonte
Vitamina A	Fontes de origem animal: fígado, leite, ovo. Fontes de origem vegetal: vegetais de folhas verde-escuras (brócolis, couve, espinafre, agrião, rúcula), vegetais e frutas amarelo-alaranjados (acerola, goiaba, pitanga, melão, abóbora, mamão, tomate, cenoura, laranja, manga, batata-doce).
Vitamina D	Fontes de origem vegetal: óleos vegetais. Fontes de origem animal: óleo de fígado de peixe, manteiga, gema de ovo, sardinha, atum e salmão.
Vitamina E	Fontes de origem vegetal: amendoim, nozes, linhaça, óleos vegetais comestíveis (gérmen de trigo, açafraão, girassol, soja e milho). Fontes de origem animal: gema de ovo.

Vitamina K	Fontes de origem vegetal: abacate, vegetais de folhas verde-escuras (alface, agrião, brócolis, couve, espinafre, repolho e rúcula). Fontes de origem animal: gema de ovo, vísceras (fígado, rim, coração).
Vitamina C	Fontes de origem vegetal: acerola, laranja, kiwi, morango, mamão formosa, goiaba.
Vitamina B1	Fontes de origem vegetal: arroz, feijão, grão-de-bico, lentilha e soja, nozes. Alimentos de origem animal: carne vermelha, vísceras (fígado, rim, coração).
Vitamina B12	Fontes de origem animal: carne vermelha, ovos, vísceras (fígado, rim, coração), peixe, ostras, leite.
Ferro	Há dois tipos de ferro nos alimentos: ferro heme (origem animal, sendo melhor absorvido) e ferro não heme (encontrado nos vegetais). Como o ferro não heme possui baixa biodisponibilidade, recomenda-se a ingestão na mesma refeição de alimentos que melhoram a absorção desse tipo de ferro, por exemplo, os ricos em vitamina C, disponível em frutas cítricas (como, laranja, acerola, limão e caju). Fontes de ferro não-heme: hortaliças folhosas verde-escuras e leguminosas, como o feijão e a lentilha. Fontes de ferro heme: carnes vermelhas, principalmente vísceras (fígado e miúdo), carnes de aves, suínos, peixes e mariscos.
Cálcio	Fontes de origem vegetal: agrião, espinafre, brócolis, couve, rúcula, amêndoa, castanha-do-pará, gergelim e linhaça. Fontes de origem animal: caranguejo, camarão, iogurte, leite (cabra, vaca, búfala), queijo, sardinha, pescada, lambari.
Zinco	Fontes de origem vegetal: aveia, gergelim, linhaça, castanha-do-pará, castanha de caju, nozes. Fontes de origem animal: ostras, fígado, carne vermelha.
Potássio	Oleaginosas (castanhas, nozes, amendoim), leguminosas (feijões, lentilhas, ervilhas), verduras de folhas verde-escuras (chicória, espinafre, couve, brócolis), frutas (banana, mamão, maracujá, abacaxi), legumes amarelo-alaranjados e vermelhos (cenoura, abóbora, beterraba).
Sódio	A maior fonte de sódio é o sal de mesa. O sódio também é encontrado naturalmente em diversos alimentos, como leite, carnes e mariscos, e adicionado, muitas vezes em grandes quantidades, em produtos processados, como pães, biscoitos, embutidos, salgadinhos e muitos condimentos, como molho de soja e caldos de carne.
Ácido Fólico	Fontes de origem vegetal: couve, espinafre, brócolis, beterraba, couve-flor, leguminosas (grão-de-bico, feijão preto e lentilha), laranja e abacate. Fontes de origem animal: ovo.

Uma alimentação adequada e saudável deve satisfazer todas as necessidades de nutrientes para o organismo humano. As recomendações nutricionais descritas não devem ser consideradas isoladamente dos demais nutrientes, pois a falta/excesso de um nutriente influencia no balanço do outro. As recomendações nutricionais consistem apenas em estimativas de consumo e o (a) nutricionista deve focar, principalmente, no equilíbrio e adequação da alimentação, pois desta forma poderá suprir todas as necessidades nutricionais.

CONSUMO DE SÓDIO

As recomendações para o consumo de sódio e potássio da Organização Mundial da Saúde têm como objetivo reduzir a pressão arterial e o risco de doenças crônicas não transmissíveis em adultos (WHO, 2012b; 2012c; 2012e; 2012f) e controlar a pressão arterial em crianças (WHO, 2012a; 2012d).

Para adultos (16 anos ou mais), recomenda-se redução de ingestão de sódio para <2g/dia (<5g/dia de sal) e aumento do consumo de potássio para, pelo menos, 3510mg/dia. Para crianças (2 a 15 anos), o nível máximo de ingestão de 2g/dia de sódio e a ingestão mínima de 3510mg/dia de potássio devem ser ajustados baseando-se nas necessidades de energia em relação à dos adultos (WHO, 2012g, 2012h).

Pesquisas nacionais realizadas no Brasil mostram que a disponibilidade domiciliar de sódio foi de 4,7 g/pessoa/dia, ajustada para consumo de 2.000 kcal, excedendo em mais de duas vezes o consumo máximo recomendado de 2 g/dia. Apesar dos dados mostrarem que o sal de adição e os condimentos a base de sal são a principal fonte de consumo pela população, observa-se um processo de transição, com redução da participação de sódio proveniente de sal adicionado em preparações culinárias e/ou à mesa e aumento da fração proveniente de produtos processados e ultraprocessados nos últimos anos. As últimas pesquisas mostram que cerca de 20% do sódio consumido é proveniente de alimentos processados com adição de sal (pães, embutidos e conservas de hortaliças) e pratos prontos (refeições prontas à base de carnes ou massas) (SARNO et al, 2013).

O Ministério da Saúde vem desenvolvendo diversas ações envolvendo o consumo de sódio voltadas para o enfrentamento e controle das doenças crônicas não transmissíveis na população brasileira, como a estratégia nacional de redução do consumo de sódio que contempla ações voltadas a reduzir o conteúdo de sódio em produtos processados e ultraprocessados (BRASIL, 2011a; ANVISA, 2012a), a veiculação da informação nutricional nos alimentos e produtos processados e ultraprocessados comercializados por redes de lanchonetes e restaurantes (ANVISA, 2010) e as ações voltadas para a redução da adição de sódio nas preparações culinárias elaboradas no domicílio e nos serviços de alimentação (ANVISA, 2012b; MS, 2011b).

REFERÊNCIAS

ANVISA. **Documento de referência para guias de boas práticas nutricionais**. Brasília (DF): Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); 2012a.

ANVISA. **Perfil nutricional dos alimentos processados**. Brasília (DF): Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); 2012b.

ANVISA. **Termo de compromisso de ajustamento de conduta para informação nutricional**. Brasília (DF): Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); 2010.

BRASIL. IBGE. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009**: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil. IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro: IBGE, 2011a.

BRASIL. IBGE. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009**: Tabela de medidas referidas para os alimentos consumidos no Brasil. IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro: IBGE, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher – PNDS 2006**: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde; Centro Brasileiro de Análise e Planejamento, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição** – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Termo de Compromisso nº 004/2011. **Diário Oficial União**. 08 abr 2011a. Brasília (DF): Ministério da Saúde (MS).

COTTRELL, R. C. Effect on caries of restricting sugars intake: systematic review to inform WHO guidelines. **J Dent Res**. 2014 May;93(5):530.

CROWE, F. L.; RODDAM, A. W.; KEY, T. J. et al. Fruit and vegetable intake and mortality from ischaemic heart disease: results from the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC)–Heart study. **Euro Heart J** 2011;32:1235–43.

HARTLEY, L.; IGBINEDION, E.; HOLMES, J.; FLOWERS, N.; THOROGOOD, M.; CLARKE, A.; STRANGES, S.; HOOPER, L.; REES, K. Increased consumption of fruit and vegetables for the primary prevention of cardiovascular diseases. **Cochrane Database Syst Rev**. 2013 Jun 4;6:CD009874.

HU, D.; HUANG, J.; WANG, Y.; ZHANG, D.; QU, Y. Fruits and vegetables consumption and risk of stroke: a meta-analysis of prospective cohort studies. **Stroke**. 2014 Jun;45(6):1613-9.

JACOBS DR, J. R.; STEFFEN, L. M. Nutrients, foods, and dietary patterns as exposures in research: a framework for food synergy. **Am J Clin Nutr.** 2003 Sep;78(3 Suppl):508S-513S.

JACOBS DR, J. R. & GALLAHER, D. D. Whole grain intake and cardiovascular disease: a review. **Curr. Atheroscler. Rep.** 6, 415–423 (2004).

LEVY, R. B.; CLARO, R. M.; BANDONI, D. H.; MONDINI, L.; MONTEIRO, C. A. Disponibilidade de "açúcares de adição" no Brasil: distribuição, fontes alimentares e tendência temporal. **Rev. Bras. Epidemiol.** 15(1), 2012.

LI, M.; FAN, Y.; ZHANG, X.; HOU, W.; TANG, Z. Fruit and vegetable intake and risk of type 2 diabetes mellitus: meta-analysis of prospective cohort studies. **BMJ Open.** 2014 Nov 5;4(11):e005497.

LIU, S. M.; STAMPFER, M. J.; HU, F. B. et al. Whole-grain consumption and risk of coronary heart disease: results from the Nurses' Health Study. **Am J Clin Nutr.** 1999; 70:412–419.

LOUZADA, M. L. C. et al. Alimentos ultraprocessados e perfil nutricional da dieta no Brasil (2008-2009). 2015b. **Revista de Saúde Pública**, 2015.

MANN, J. et al. FAO/WHO Scientific Update on carbohydrates in human nutrition: conclusions. **European Journal of Clinical Nutrition** (2007) 61 (Suppl 1), S132–S137.

MANNAN, M.; DOI, S. A.; MAMUN, A. A. Association between weight gain during pregnancy and postpartum weight retention and obesity: a bias-adjusted meta-analysis. **Nutr Rev.** 2013;71(6):343-52.

MAMUN, A. A.; KINARIVALA, M.; O'CALLAGHAN, M. J.; WILLIAMS, G. M.; NAJMAN, J. M.; CALLAWAY, L. K. Associations of excess weight gain during pregnancy with long-term maternal overweight: evidence from 21 y postpartum follow-up. **Am J Clin Nutr.** 2010;91(5):1336-41.

MARANO, D.; GAMA, S. G. N.; PEREIRA, A. P. E.; SOUZA JUNIOR, P. R. B. Adequacy of weight gain in pregnant women from two municipalities of Rio de Janeiro state (RJ), Brazil, 2008. **Rev Bras Ginecol Obstet.** 2012;34(8):386-93.

MOZAFFARIAN, D.; ARO, A.; WILLETT, W. C. Health effects of trans-fatty acids: experimental and observational evidence. **Eur J Clin Nutr.** 2009;63(Suppl 2):S5-21.

NAST, M.; OLIVEIRA, A.; RAUBER, F.; VITOLO, M. R. Ganho de peso excessivo na gestação é fator de risco para o excesso de peso em mulheres. **Rev Bras Ginecol Obstet.** 2013; 35(12):536-40

NUCCI, L. B.; DUNCAN, B. B.; MENGUE, S. S.; BRANCHTEIN, L.; SCHMIDT, M. I.; FLECK, E. T. Assessment of weight gain during pregnancy in general prenatal care services in Brazil. **Cad Saúde Pública**. 2001;17(6):1367-74.

OLSON, C. M.; STRAWDERMAN, M. S.; HINTON, P. S.; PEARSON, T. A. Gestational weight gain and postpartum behaviors associated with weight change from early pregnancy to 1 y postpartum. **Int J Obes Relat Metab Disord**. 2003;27(1):117-27.

ONYANGO, A. W.; NOMMSEN-RIVERS, L.; SIYAM, A.; BORGHI, E.; ONIS, M.; GARZA, C.; et al. Post-partum weight change patterns in the WHO Multicentre Growth Reference Study. **Matern Child Nutr**. 2011;7(3):228-40.

OYEBODE, O.; GORDON-DSEAGU, V.; WALKER, A.; MINDELL, J. S. Fruit and vegetable consumption and all-cause, cancer and CVD mortality: analysis of Health Survey for England data. **J Epidemiol Community Health**. 2014 Sep;68(9):856-62.

SANTOS, E. M. F.; AMORIM, L. P.; COSTA, O. L. N.; OLIVEIRA, N.; GUIMARÃES, A. C. Profile of gestational and metabolic risk in the prenatal care service of a public maternity in the Brazilian Northeast. **Rev Bras Ginecol Obstet**. 2012;34(3):102-6.

SARNO, F.; CLARO, R. M.; LEVY, R. B.; BANDONI, D. H.; MONTEIRO, C. A. Estimativa de consumo de sódio pela população brasileira, 2008-2009. **Rev Saude Publica**. 2013 Jun;47(3):571-8.

SCHOFIELD, W. N. Predicting basal metabolic rate, new standards and review of previous work. **Hum Nutr Clin Nutr**. 1985;39 Suppl 1:5-41.

TE MORENGA, L.; MALLARD, S.; MANN, J. Dietary sugars and body weight: systematic review and metaanalyses of randomised controlled trials and cohort studies. **BMJ**. 2013; 346:e7492.

UNICAMP. **Tabela brasileira de composição de alimentos / NEPA – UNICAMP**.- 4. ed. rev. e ampl.. - Campinas: NEPA- UNICAMP, 2011.

UNITED NATIONS FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION - FAO. WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. UNITED NATIONS UNIVERSITY - UNU. Energy and protein requirements: **Report of a joint FAO/WHO/UNU expert consultation**. WHO Technical Report Series No. 724. Geneva, 1985.

UNITED NATIONS FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION - FAO. WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. UNITED NATIONS UNIVERSITY - UNU. Human energy requirements. **Report of a Joint FAO/WHO/UNU - Expert Consultation**. FAO Food and Nutrition Technical Report Series. Food and Agriculture Organization, Rome, 2001.

VESCO, K. K.; DIETZ, P. M.; RIZZO, J.; STEVENS, V. J.; PERRIN, N. A.; BACHMAN, D. J. et al. Excessive gestational weight gain and postpartum weight retention among obese woman. **Obstet Gynecol**. 2009;114(5):1069-75.

VIEIRA, A. R.; ABAR, L.; VINGELIENE, S.; CHAN, D. S.; AUNE, D.; NAVARRO-ROSENBLATT, D.; STEVENS, C.; GREENWOOD, D.; NORAT, T. Fruits, vegetables and lung cancer risk: a systematic review and meta-analysis. **Ann Oncol**. 2015 Sep 14. pii: mdv381.

WELSH, J. A.; SHARMA, A.; CUNNINGHAM, S. A.; VOS, M. B. Consumption of added sugars and indicators of cardiovascular disease risk among US adolescents. **Circulation**. 2011 Jan 25;123(3):249-57.

WILLETT, W. C.; STAMPFER, M. J.; SACKS, F. M. Association of Dietary, Circulating, and Supplement Fatty Acids With Coronary Risk. Comments. **Ann Intern Med**. 2014; 161(6):453.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Effect of increased potassium intake on blood pressure and potential adverse effects in children**. Geneva, WHO, 2012a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Effect of reduced sodium intake on blood pressure and potential adverse effects in children**. Geneva, WHO, 2012d.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Fats and fatty acids in human nutrition: report of an expert consultation**. Geneva; 2009. (FAO food and nutrition paper, 91).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Strategy on diet, physical activity and health: list of all documents and publications**. Fifty-seventh World Health Assembly. A57/9. 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guideline: Potassium intake for adults and children**. Geneva, WHO, 2012g.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guideline: Sodium Intake for Adults and Children**. Geneva: WHO; 2012h.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guideline: Sugars intake for adults and children**. Geneva: WHO, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. UNITED NATIONS FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION - FAO. **Protein and amino acid requirements in human nutrition: report of a joint FAO/WHO/UNU expert consultation**. Geneva; 2007. (WHO Technical Report Series, 935).

WU, H. et al. Association between dietary whole grain intake and risk of mortality: two large prospective studies in US men and women. **JAMA Intern. Med**. 175, 373–384 (2015).

YANG, Q.; ZHANG, Z.; GREGG, E. W.; FLANDERS, W. D.; MERRITT, R.; HU, F. B. Added sugar intake and cardiovascular diseases mortality among US adults. **JAMA Intern Med**. 2014 Apr;174(4):516-24.

PARA CONHECER MAIS

ARAÚJO, W. M. C.; MONTEBELLO, N. D. P.; BOTELHO, R. B. A.; BORGO, L. A. **Alquimia dos Alimentos**. Brasília: Ed. SENAC, 2009.

BOUVARD, V.; LOOMIS, D.; GUYTON, K. Z.; GROSSE, Y.; EL GHISSASSI, F.; BENBRAHIM-TALLAA, L. et al. Carcinogenicity of consumption of red and processed meat. **The Lancet Oncology**, Published online 26 October 2015.

IOM. **Dietary reference intakes for energy, carbohydrate, fiber, fat, fatty acids, cholesterol, protein, and amino acids (macronutrients)**. Institute of Medicine, Washington, 2005.

IOM. **Dietary reference intakes: the essential guide to nutrient requirements**. Institute of Medicine, Washington, 2006.

JACOBS, D. R.; PEREIRA, M. A.; MEYER, K. A. & KUSHI, L. H. Fiber from whole grains, but not refined grains, is inversely associated with all-cause mortality in older women: the Iowa Women's Health Study. **J. Am. Coll. Nutr.** 19 (3 Suppl.), 326S–330S (2000).

MAMUN, A. A.; KINARIVALA, M.; O'CALLAGHAN, M. J.; WILLIAMS, G. M.; NAJMAN, J. M.; CALLAWAY, L. K. Associations of excess weight gain during pregnancy with long-term maternal overweight: evidence from 21 y postpartum follow-up. **Am J Clin Nutr.** 2010;91(5):1336-41.

MOYNIHAN, P. J.; KELLY, S. A. Effect on caries of restricting sugars intake: systematic review to inform WHO guidelines. **J. Dent. Res.** 2014; 93(1):8–18.

PINHEIRO, A. B. V. et al. **Tabela para avaliação de consumo alimentar em medidas caseiras**. Ed. Atheneu, 5ª edição, São Paulo: PINHEIRO *et al.*, 2008.

UNITED NATIONS FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION - FAO. 1978. Dietary fats and oils in human nutrition; a joint FAO/WHO report. **FAO Food and Nutrition Paper 3**, FAO. Rome.

UNITED NATIONS FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION - FAO. 1994. Fats and oils in human nutrition; Report of a joint FAO/WHO expert consultation. **FAO Food and Nutrition Paper 57**, FAO. Rome.

UNITED NATIONS FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION - FAO. 2003. Food energy – methods of analysis and conversion factors. **Report of a technical workshop**. FAO Food and Nutrition Paper 77, FAO, Rome.

UNITED NATIONS FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION. 2010. Fats and fatty acids in human nutrition: report of an expert consultation. **FAO Food and Nutrition Paper 91**. Rome: FAO.

UNITED NATIONS FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION - FAO. WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. UNITED NATIONS UNIVERSITY - UNU. Protein and amino acid requirements in human nutrition. Report of a joint FAO/WHO/UNU expert consultation. WHO Technical Report Series 935. FAO/WHO/UNU, Geneva, 2002.

VITOLLO, M. R. **Nutrição: da gestação ao envelhecimento**. Rio de Janeiro: Ed. Rubio, 2ª edição, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Effect of increased potassium intake on blood pressure, renal function, blood lipids and other potential adverse effects**. Geneva, WHO, 2012b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Effect of increased potassium intake on cardiovascular disease, coronary heart disease and stroke**. Geneva, WHO, 2012c.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Effect of reduced sodium intake on blood pressure, renal function, blood lipids and other potential adverse effects**. Geneva, WHO, 2012e.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Effect of reduced sodium intake on cardiovascular disease, coronary heart disease, and stroke**. Geneva, WHO, 2012f.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guideline: use of multiple micronutrient powders for home fortification of foods consumed by infants and children 6-23 months of age**. Geneva: WHO, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. UNITED NATIONS FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION - FAO. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a Joint World Health Organization /FAO Expert Consultation. **WHO Technical Report Series No. 916**. Geneva, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. UNITED NATIONS FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION - FAO. **Guidelines on food fortification with micronutrients**. Geneva: WHO, 2006.

Anexo 5.1. Recomendação de ingestão de minerais para indivíduos nos diferentes estágios da vida.

Grupo	Cálcio (mg/dia)	Zinco (mg/dia)			Ferro (mg/dia)			
		Biodisponibilidade			Biodisponibilidade			
		Alta	Média	Baixa	15%	12%	10%	5%
1 – 3 anos	500	2,4	4,1	8,3	3,9	4,8	5,8	11,6
4 – 6 anos	600	2,9	4,8	9,6	4,2	5,3	6,3	12,6
7 – 9 anos	700	3,3	5,6	11,2	5,9	7,4	8,9	17,8
Masculino								
11 - 14 anos	1.300	5,1	8,6	17,1	9,7	12,2	14,6	29,2
15 - 17 anos	1.300	5,1	8,6	17,1	12,5	15,7	18,8	37,9
19 - 65 anos	1.000	4,2	7,0	14,0	9,1	11,4	13,7	27,4
+ 65 anos	1.300	4,2	7,0	14,0	9,1	11,4	13,7	27,4
Feminino								
11 - 14 anos	1.300	4,3	7,2	14,4	9,3	11,7	14,0	28,0
11 - 14 anos	1.300	4,3	7,2	14,4	21,8	27,7	32,7	65,4
15 - 17 anos	1.300	4,3	7,2	14,4	20,7	25,8	31,0	62,0
19 - 50 anos	1.000	3,0	4,9	9,8	19,6	24,5	29,4	58,8
51 - 65 anos	1.300	3,0	4,9	9,8	7,5	9,4	11,3	22,6
+ 65 anos	1.300	3,0	4,9	9,8	7,5	9,4	11,3	22,6
Gravidez								
Primeiro trimestre	-	3,4	5,5	11,0	-	-	-	-
Segundo trimestre	-	4,2	7,0	14,0	-	-	-	-
Terceiro trimestre	1.200	6,0	10,0	20,0	-	-	-	-
Lactação								
0-3 meses	1.000	5,8	9,5	19,0	10,0	12,5	15,0	30,0
3-6 meses	1.000	5,3	8,8	17,5	10,0	12,5	15,0	30,0
7-12 meses	1.000	4,3	7,2	14,4	10,0	12,5	15,0	30,0

Fonte:

Anexo 5.2 Recomendação de ingestão de vitaminas para indivíduos nos diferentes estágios da vida

Grupo	Vitamina C (mg/dia)	Tiamina (mg/dia)	Vitamina B12 (µg/dia)	Folato (µg /dia)	Vitamina A (µg RE/dia)	Vitamina D (µg/dia)	Vitamina E (mg/dia)	Vitamina k (µg/dia)
1 – 3 anos	30	0,5	0,9	150	400	5	5,0	15
4 – 6 anos	30	0,6	1,2	200	450	5	5,0	20
7 – 9 anos	35	0,9	1,8	300	500	5	7,0	25
Masculino								
10 – 18 anos	40	1,2	2,4	400	600	5	10,0	35-55
19 – 65 anos	45	1,2	2,4	400	600	5 (19-50 anos) 10 (51-65 anos)	10,0	65
+ 65 anos	45	1,2	2,4	400	600	15	10,0	65
Feminino								
10 – 18 anos	40	1,1	2,4	400	600	5	7,5	35-55
19 – 50 anos	45	1,1	2,4	400	500	5	7,5	55
51 – 65 anos	45	1,1	2,4	400	500	10	7,5	55
+ 65 anos	45	1,1	2,4	400	600	15	7,5	55
Gravidez	55	1,4	2,6	600	800	5	Não determinado	55
Lactação	70	1,5	2,8	500	850	5	Não determinado	55

Fonte:

6. PLANEJAMENTO ALIMENTAR E NUTRICIONAL NO SUS PARA GARANTIR A ALIMENTAÇÃO ADEQUADA E SAUDÁVEL

► Mensagens chaves

- As metodologias dependem do contexto e dos interesses envolvidos das pessoas e instituições;
 - A educação alimentar e nutricional (EAN) favorece o diálogo, busca a autonomia e a corresponsabilidade dos sujeitos;
 - Uma alimentação saudável é uma construção social;
 - O papel do profissional é facilitar esse processo.
-

O planejamento é um instrumento (ou ferramenta) que tem por objetivo produzir mudanças em relação à determinada situação ou objeto. Planejar significa intervir para saber: O que fazer? O que priorizar? Por que fazer? Onde fazer? Quando fazer? Como fazer? Quem vai fazer? Quanto custa fazer? (CERVATO-MANCUSO, 2011).

O planejamento não possui fórmulas exatas para serem aplicadas, porém existem diversas metodologias que dependem do contexto e dos interesses envolvidos das pessoas e instituições. O plano se refere a um documento utilizado para o registro de decisões. O plano tem a conotação de produto do planejamento, tendo a função de orientar a prática (CERVATO-MANCUSO, 2011).

PASSOS IMPORTANTES NA ROTINA DE ENCONTRO COM O (A) NUTRICIONISTA:

- Leitura dos registros anteriores e/ou prontuário
- Apresentação do (a) nutricionista e do indivíduo
- Conhecer o motivo da procura
- Conhecer a história do indivíduo
- Conhecer o hábito alimentar do indivíduo
- Realizar a avaliação antropométrica
- Realizar diagnóstico alimentar e nutricional
- Elaborar a intervenção alimentar e nutricional
- Finalizar o encontro
- Registrar o encontro
- Encontros de acompanhamento

Fonte: Ministério da Saúde. **Estratégias para cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade**. Caderno de Atenção Básica n 38. Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_38.pdf

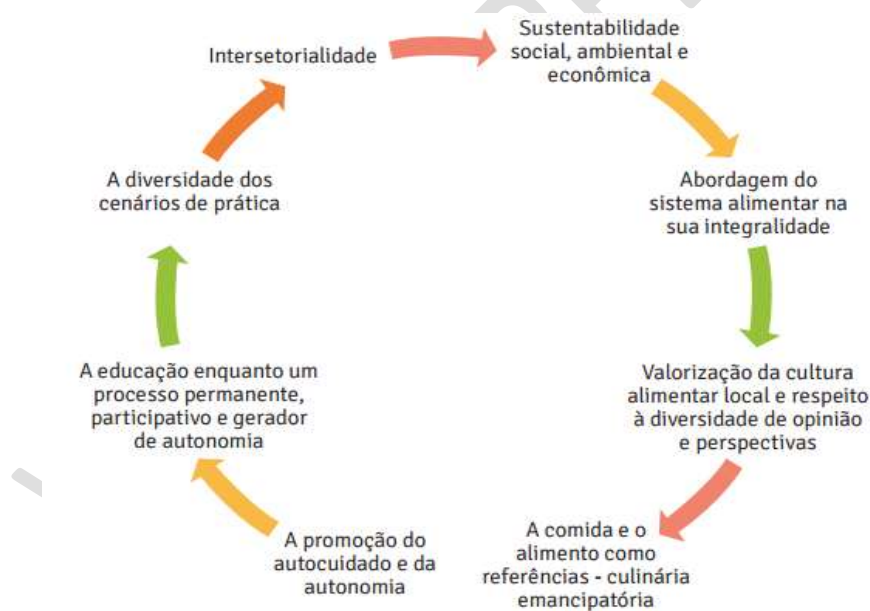
6.1 Educação alimentar e nutricional

A educação alimentar e nutricional (EAN) faz parte de um conjunto de estratégias criadas para promover a alimentação adequada e saudável. O escopo das suas ações considera desde os aspectos relacionados ao alimento e alimentação, os processos de produção, abastecimento e transformação aos aspectos nutricionais (BRASIL, 2012).

A EAN proporciona:

- Prevenção e controle das doenças crônicas não transmissíveis e deficiências nutricionais;
- Valorização das diferentes expressões da cultura alimentar;
- Fortalecimento de hábitos regionais;
- Redução do desperdício de alimentos;
- Promoção do consumo sustentável;
- Promoção da alimentação saudável.

Figura 6 – Princípios das ações de Educação Alimentar e Nutricional.



Fonte: BRASIL, 2015.

Quadro 18 – Princípios das ações de Educação Alimentar e Nutricional.

Como fazer?	Pontos a serem observados
Apoiar as pessoas para que se tornem agentes produtores sociais de sua saúde; para que conheçam e identifiquem seu contexto de vida; e para que adotem, mudem e mantenham comportamentos que contribuam para a sua saúde.	Qualidade de vida envolve o consumo de alimentos adequados e saudáveis e prática regular de atividade física e práticas corporais.
Fomentar processos ativos, que incorporem os conhecimentos e práticas populares; gerem situações de reflexão sobre as situações cotidianas, busquem soluções e prática de alternativas.	Contextualização da realidade do indivíduo, de sua família e grupos e integração permanente entre a teoria e a prática.
Incentivar as famílias a terem uma horta em casa é uma estratégia para estimular o consumo de alimentos saudáveis, a um custo acessível, além de garantir que são alimentos cultivados de forma sustentável.	A produção local contribui para o desenvolvimento local e para a garantia do Direito Humano a Alimentação Adequada – DHAA.
Estimular o consumo em feiras locais e hortas comunitárias, que podem ampliar o acesso a alimentos orgânicos e a produção local pelas famílias.	A produção orgânica valoriza a referencial tradicional local, não utiliza agrotóxicos e outras substâncias sintéticas que possam contaminar o alimento ou o meio ambiente, além de respeitar as condições dignas de trabalho.
Resgatar o prazer de cozinhar em casa e em família pode ser uma forma de fortalecer vínculos. Incentivar o cultivo de Temperos naturais e ervas aromáticas em casa, que são ótimos para dar sabor aos alimentos e excelentes opções para a família se reunir para uma preparar sua refeição de forma prazerosa.	O cheiro, o sabor e o colorido natural do alimento estimulam os sentidos e o prazer em se alimentar! Temperos naturais como salsinha, cebolinha, açafrão, manjericão, coentro, pimenta, além de conferirem sabor aos alimentos são ricos em vitaminas e minerais, em contraponto a utilização de temperos industrializados, ricos em gordura, sal e conservantes.

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2015.

Uma alimentação saudável é uma construção social, onde o significado de saudável pode ser traduzido em um conjunto de nutrientes, estabelecido como recomendações diárias, mas também pode significar direito, “liberdade de escolha” ou prazer. Difícil será a promoção de uma alimentação saudável definida fora da realidade local (CARVALHO e ARMOND, 2013).

Dessa forma, a educação alimentar e nutricional não é a mera “adesão à dieta”. O profissional, em conjunto com o indivíduo, busca encontrar estratégias para solucionar problemas relativos ao comportamento alimentar, incluindo práticas alimentares

inadequadas, hipóteses relativas às práticas alimentares inadequadas levantadas a partir da história alimentar, dos dados clínicos, bioquímicos ou antropométricos do indivíduo, questões de caráter subjetivo que possam gerar dúvida, ansiedade e insegurança quanto aos efeitos dos alimentos ou nutrientes sobre o organismo, levantados ou efetivamente percebidos como sinais ou sintomas (RODRIGUES et al, 2005).

Recursos utilizados no aconselhamento alimentar e nutricional:

- Use a comunicação não verbal (gestos, expressão facial);
- Faça perguntas abertas – as perguntas abertas começam por: Como? O quê? Quando? Onde? Por quê?
- Demonstre interesse;
- Demonstre empatia e aceite o que a pessoa pensa ou sente;
- Evite palavras que pareçam envolver julgamento;
- Reconheça e elogie;
- Ofereça ajuda prática quando necessário;
- Forneça informações relevantes em linguagem adequada;
- Ofereça sugestões, e não ordens;
- Converse com os usuários sobre as suas condições de saúde e explique todos os procedimentos e condutas (BRASIL, 2009, 2010, adaptado).

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica** – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_35.pdf

O profissional nutricionista também deve considerar a participação de diferentes profissionais no processo de cuidado alimentar e nutricional. Conforme disposto na **Lei nº 8.234 de 1991, que regulamenta a atuação do (a) nutricionista** (BRASIL, 1991), a assistência e educação nutricional a coletividades ou indivíduos, sadios ou enfermos, em instituições públicas e privadas e em consultório de nutrição e dietética, **constituem ações privativas do (a) nutricionista**. A promoção da alimentação adequada e saudável tem caráter mais amplo, perpassando ações de outros profissionais e iniciativas que transcendem os serviços de saúde (BOOG, 2008). Além disso, a EAN é um campo de ação da Segurança Alimentar e Nutricional e da Promoção da Saúde e tem sido considerada uma estratégia fundamental para a prevenção e controle dos problemas alimentares e nutricionais (BRASIL, 2012).

O indivíduo tem o direito e a responsabilidade de fazer as escolhas sobre seus cuidados com a saúde. O papel do profissional é facilitar esse processo, com enfoque na promoção da saúde e da alimentação adequada e saudável.

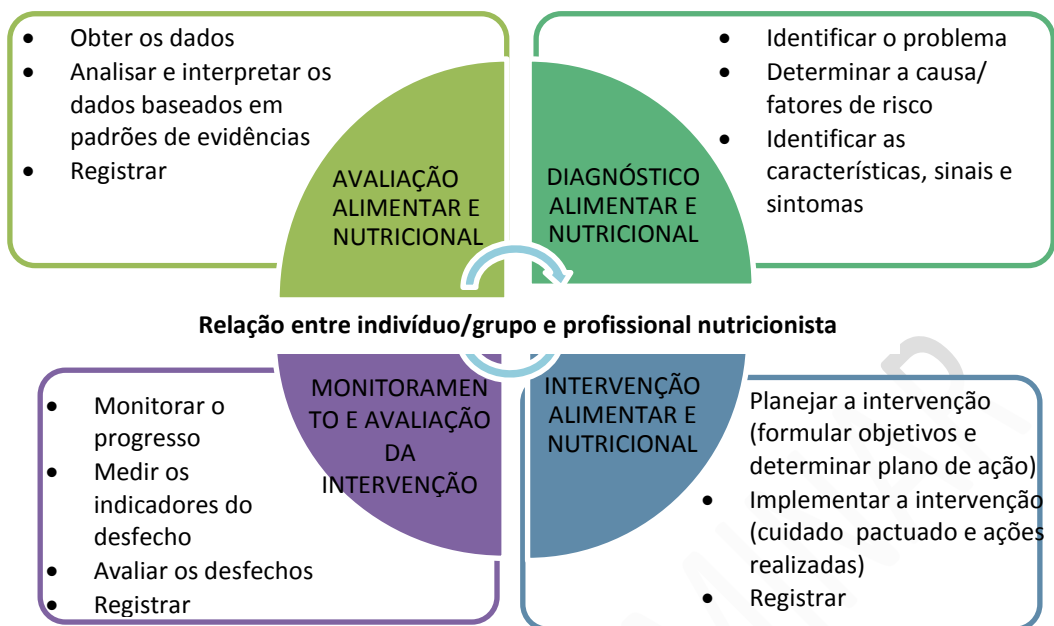
6.2 Processo do cuidado alimentar e nutricional

O processo do cuidado alimentar e nutricional envolve o (a) nutricionista e o indivíduo, mas também envolve grupos de indivíduos, populações, familiares, cuidadores e outros profissionais (saúde, educação, assistência social, agricultura, entre outros). Este processo pode ser sumarizado em quatro etapas como descrito no modelo da **Figura 8**. O núcleo do modelo é a relação entre o indivíduo/grupo e o (a) nutricionista, enfatizando a abordagem centrada no indivíduo.

Para a efetivação do cuidado alimentar e nutricional e o desenvolvimento de trabalhos flexíveis e eficientes, destaca-se também a interação entre os setores de produção de refeições e de atendimento clínico-nutricional (SOUSA e PROENÇA, 2005). Estas ações consistem em estratégias coletivas que visam não só às ações qualificadas em saúde e nutrição, como também à realização dos profissionais envolvidos pela oportunidade de interação e aprendizagem mútuas no trabalho.

O PROCESSO DE CUIDADO ALIMENTAR E NUTRICIONAL ENVOLVE QUATRO ETAPAS:
<p>1) Avaliação alimentar e nutricional Avaliação comportamental, alimentar, antropométrica e bioquímica.</p>
<p>2) Diagnóstico alimentar e nutricional Considerando avaliação comportamental, alimentar, antropométrica e bioquímica.</p>
<p>3) Intervenção alimentar e nutricional</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estabelecimento dos objetivos baseado no diagnóstico alimentar e nutricional e no estágio de mudança de comportamento do indivíduo. • Estabelecimento das metas e estratégias em conjunto com o indivíduo, discussão de possíveis obstáculos. • Implementação da intervenção alimentar e nutricional considerando os diferentes contextos abordando desde a aquisição até o consumo de alimentos e refeições.
<p>4) Monitoramento e avaliação da intervenção alimentar e nutricional</p> <ul style="list-style-type: none"> • Registro das consultas. • Verificação dos registros. • Processo de avaliação de aderência às recomendações (autoavaliação e avaliação do profissional baseada no relato do indivíduo e na avaliação dos desfechos de saúde). • Reavaliação das metas/estratégias e objetivos estabelecidos e estabelecimentos de novas metas/estratégias e objetivos, quando necessário.

Figura 8 – Processo do cuidado alimentar e nutricional.



Fonte: Adaptado de Academy of Nutrition and Dietetics, 2014.

ETAPA I - Avaliação alimentar e nutricional

Mais detalhes no **Capítulo 4, Avaliação Alimentar e Nutricional**.

Pontos críticos durante esta etapa⁶:

- Determinar uma coleta de dados adequada;
- Determinar a necessidade de informações adicionais;
- Selecionar as ferramentas e procedimentos que correspondem a situação;
- Aplicar as ferramentas de avaliação de maneira válida e confiável;
- Distinguir os dados relevantes e irrelevantes;
- Distinguir dados importantes e sem importância;
- Validar os dados.

ETAPA II – Diagnóstico alimentar e nutricional

Mais detalhes no **Capítulo 3, Comportamento Alimentar e Habilidade de Comunicação**.

Pontos críticos durante esta etapa⁷:

⁶ American Dietetic Association. Academy of Nutrition and Dietetics. Nutrition Care Process. Disponível em: <http://www.eatrightpro.org/resources/practice/nutrition-care-process>.

⁷ American Dietetic Association. Academy of Nutrition and Dietetics. Nutrition Care Process. Disponível em: <http://www.eatrightpro.org/resources/practice/nutrition-care-process>.

- *Identificação do problema:* O (a) nutricionista pode facilitar o processo de resolução ou melhora do diagnóstico alimentar e nutricional desse indivíduo, grupo ou população? Deve se considerar inclusive pequenas mudanças que possam impactar positivamente do estado de saúde do indivíduo, grupo ou população.
- *Identificação da etiologia:* A causa ou os fatores de risco podem ser resolvidos/amenizados com uma intervenção alimentar e nutricional? Se a intervenção alimentar e nutricional não pode resolver o problema, abordando a causa, pode, pelo menos, diminuir os sinais e sintomas?
- *Sinais e sintomas:* A avaliação dos sinais e sintomas indica se o problema foi resolvido ou melhorado? Os sinais e sintomas específicos são suficientes para monitorar (avaliar as mudanças) a resolução ou a melhoria do diagnóstico alimentar e nutricional?

Será que os dados da avaliação alimentar e nutricional apoiam um diagnóstico alimentar e nutricional especial, com uma etiologia e sinais e sintomas típicos?

ETAPA III – Intervenção alimentar e nutricional

Se refere à definição dos objetivos da intervenção e ao desenvolvimento e implementação do plano de ação alimentar e nutricional. A intervenção alimentar e nutricional deve ser um processo contínuo que amplie a autonomia dos indivíduos e desperte a consciência para escolhas saudáveis por meio do diálogo entre o profissional e o indivíduo.

Pontos críticos durante esta etapa⁸:

- Estabelecer as metas e as prioridades;
- Definir a intervenção alimentar e nutricional e o plano de ação com o indivíduo;
- Fazer conexões interdisciplinares;
- Iniciar as intervenções comportamentais;
- Definir as estratégias de intervenção alimentar e nutricional com as necessidades do indivíduo/grupo, diagnóstico alimentar e nutricional e a condição real do indivíduo/grupo (incluindo condições socioeconômicas, cultura, valores e emoções);
- Definir com o indivíduo/grupo quais as melhores alternativas para determinar a direção da ação;

Especificar o tempo e a frequência dos encontros.

ETAPA IV – Monitoramento e avaliação da intervenção e alimentar nutricional

O monitoramento e a avaliação identificam os resultados do cuidado alimentar e nutricional, considerando o diagnóstico e a intervenção alimentar e nutricional. A mudança em indicadores específicos pode ser medida e comparada com o status anterior do indivíduo, objetivos da intervenção ou padrões de referência.

Avaliar o grau de adesão do indivíduo às metas e estratégias pactuadas, se os objetivos propostos estão sendo atingidos, de forma flexível e dialógica, proporcionando o envolvimento do indivíduo na análise do processo de avaliação e sua adesão cada vez maior à intervenção proposta. Avaliar a aceitação do indivíduo e o progresso do autocuidado,

⁸ American Dietetic Association. Academy of Nutrition and Dietetics. Nutrition Care Process. Disponível em <http://www.eatrightpro.org/resources/practice/nutrition-care-process>.

como a auto-organização, aumento do conhecimento e habilidades adquiridas. Valorizar pequenos progressos nas modificações dos hábitos alimentares e de vida a curto e médio prazos, assim como o bem-estar, autoestima, humor, melhoria nos resultados dos exames laboratoriais e na função intestinal do indivíduo. Reconhecer os pontos positivos, identificar as dificuldades e pensar em novas estratégias. A obtenção de objetivos em curto prazo aumenta a motivação e o interesse e fortalece a percepção pessoal de eficácia.

Por exemplo, o próprio indivíduo pode realizar uma autoavaliação e comparação dos resultados da intervenção com as metas pactuadas. O (a) nutricionista, então, fornece um *feedback* para estimular a progresso do mesmo. Se o indivíduo está progredindo e as metas foram atingidas, novas metas e estratégias podem ser estabelecidas. Caso não tenham sido atingidas, é importante análise e reflexão sobre essas metas e reformulação ou troca, se necessário.

Em condições mais específicas como em indivíduos hospitalizados ou quando a patologia é o objetivo da intervenção, a avaliação do impacto da intervenção pode ser feita por meio do bem-estar do indivíduo, exames bioquímicos, aceitação de alimentos, condição intestinal, entre outros fatores relacionados aos objetivos da intervenção.

Pontos críticos durante esta etapa⁹:

- Selecionar indicadores/medidas adequadas;
- Usar padrões de referência apropriados para comparação;
- Definir onde o indivíduo está em termos de resultados esperados;
- Explicar a variação de resultados esperados;
- Determinar os fatores que ajudam ou dificultam o progresso;

Definir a continuação do processo de cuidados alimentar e nutricional.

COMO A INTERVENÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL ESTÁ ORGANIZADA?

- Plano alimentar e nutricional: abordagem individualizada com elaboração de um plano alimentar.
- Educação alimentar e nutricional: auxiliar o indivíduo/grupo a gerenciar voluntariamente suas escolhas alimentares e comportamentos compatíveis com a sua saúde.
- Aconselhamento alimentar e nutricional: processo de apoio, caracterizado por uma relação colaborativa entre o (a) nutricionista e o indivíduo/grupo para estabelecer prioridades, metas e planos de ação que reconhecem e fomentam a responsabilidade para o autocuidado para tratar uma condição existente e promover a saúde.
- Coordenação do cuidado alimentar e nutricional: consultas ou encaminhamentos para outros profissionais de saúde, instituições ou agências que podem ajudar no tratamento ou gestão dos problemas relacionados com a alimentação e nutrição.

Fonte: Adaptado de American Dietetic Association, 2012.

⁹ American Dietetic Association. Academy of Nutrition and Dietetics. Nutrition Care Process. Disponível em <http://www.eatrightpro.org/resources/practice/nutrition-care-process>.

COMO OS OBJETIVOS PODEM SER DEFINIDOS?

- Perguntas abertas como “*O que você acha do seu corpo?*” ou “*O que você acha da sua alimentação?*” auxiliam e potencializam esse processo de diálogo e pactuação.
- Enfatizar os pontos positivos do hábito alimentar atual do indivíduo, ressaltando seu conhecimento prévio e as estratégias que irão contribuir para promover sua saúde.
- Pontuar os objetivos mais importantes a serem trabalhados, inicialmente, verificando junto com o indivíduo sua disponibilidade e a pactuação dos mesmos.
- Estimular a percepção do indivíduo sobre a relevância desses objetivos e os benefícios que trarão para sua vida.
- Diferenciar objetivos em curto prazo e em longo prazo. Objetivos de curto prazo tendem a ser mais motivadores, porém devem ser pactuados com cautela.
- Utilizar **estratégias ou metas** para alcançar esses objetivos, as quais podem envolver modificações alimentares e/ou do estilo de vida (VITOLLO, 2015).
- Traduzir **estratégias ou metas** em mensagens realistas, positivas, fáceis de entender e práticas e sem a expectativa de que os indivíduos irão deixar de consumir os alimentos que gostam (WEBB and BYRD-BREDBENNER, 2015).
- Discutir e pactuar as metas e estratégias com o indivíduo visando à elaboração do plano de ação, como será descrito mais adiante.
- Estar atento para o estágio de mudança do indivíduo, no qual está preparado para realizar alguma mudança (**maiores detalhes no Capítulo 3**).
- Apoiar o indivíduo junto com outros profissionais e a rede de equipamentos sociais disponíveis no território para a mudança de comportamento e a adoção de práticas alimentares saudáveis.

Fonte:.

O PLANO DE AÇÃO PODE SER ORGANIZADO NOS SEGUINTE PASSOS:

- Selecionar o objetivo apropriado com base no problema identificado.
- Discutir a intervenção com o indivíduo/grupo, família e/ou cuidador.
- Pactuar o plano de ação auxiliando o indivíduo a gerenciar voluntariamente suas escolhas alimentares e comportamentos compatíveis com a sua saúde (definição das metas e estratégias).
- Definir o tempo e a frequência da intervenção e do acompanhamento.
- Avaliar a necessidade de recursos financeiros ou alimentares, encaminhamentos e materiais adicionais.
- Documentar todo processo de cuidado alimentar e nutricional, incluindo objetivos, metas, resultados e ajustes do plano de ação, receptividade do indivíduo, recursos e referências utilizadas, acompanhamento e monitoramento.

PARA AUMENTAR A EFETIVIDADE DO PLANO DE AÇÃO PROPOSTO:

- Considerar as características e modos de vida do indivíduo, atividade ocupacional; rotina; horários; disponibilidade financeira; hábitos regionais; culturais, religiosos; condições e circunstâncias que envolvem o comportamento alimentar (escolha dos alimentos, preparo das refeições e o ato de comer); crenças; acesso aos alimentos, entre outros.
- Priorizar a escuta, respeitar o questionamento, trabalhar a aceitação, se expressar com clareza, apoiar o indivíduo para encontrar as soluções e desenvolver seu próprio “plano de ação”. O profissional pode fornecer sugestões e diferentes opções, respeitando a decisão do indivíduo.

- Valorizar o papel significativo do indivíduo na determinação das metas, para que este se sinta parte do processo e responsável pelo progresso. Para a definição das metas em conjunto com o indivíduo, sugerimos perguntas como: *Qual dessas alternativas você acha que poderia tentar? O que seria fácil ou difícil para você fazer? Como você se sente em relação a essas mudanças?*

EXEMPLOS DE MENSAGENS CLARAS, MENSURÁVEIS, VIÁVEIS E POSITIVAS:

- Servir-se apenas uma vez ou, pelo menos, aguardar algum tempo para se servir uma segunda vez.
- Comer sem distrações, sem televisão, computador, celular.
- Sentar-se para comer em um lugar adequado, sem comer na mesa de trabalho, em pé, andando ou comer dentro de carros ou transportes públicos.
- Cozinhar durante x dias da semana ou preparar x refeições (café, almoço e/ou jantar) da semana.
- Experimentar novos alimentos uma vez por semana;
- Frequentar feiras livres, de produtores, sacolões e/ou mercados que comercializam frutas, verduras e legumes, pelo menos, uma vez por semana;
- Ter cores diferentes no prato sempre.

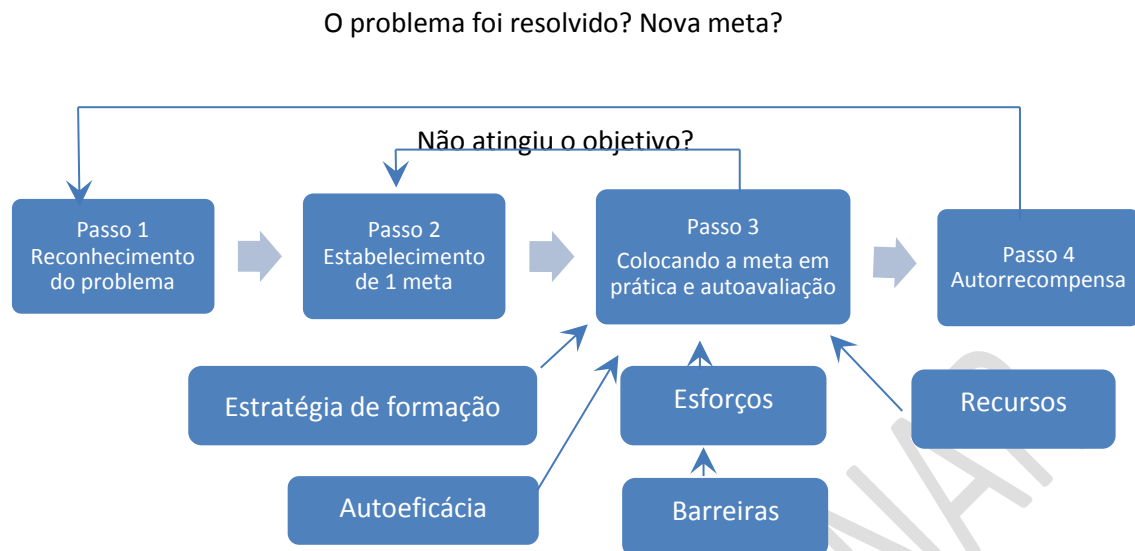
Por exemplo: Eu irei consumir menos sódio essa semana X. Eu usarei mais temperos naturais (que não possuem sódio) em substituição aos temperos prontos (caldos e tabletes de carnes industrializados) e etc.

ATENÇÃO: As mensagens acima são apenas exemplos.

PROCESSO DE ESTABELECIMENTO DE METAS BASEADO EM QUATRO PASSOS:

- **Passo 1:** momento em que os problemas e/ou dificuldades devem ser identificados e reconhecidos pelo indivíduo. Por exemplo, reconhecer o excesso de peso, reconhecer o baixo consumo de frutas, verduras e legumes, reconhecer o tempo dedicado à alimentação (incluindo compra, preparo e consumo dos alimentos), reconhecer a alta frequência de consumo de alimentos ultraprocessados como macarrão instantâneo, bebidas açucaradas (refrigerantes e refrescos em pó) e produtos congelados prontos para aquecimento (massas, pizzas e hambúrgueres), principalmente em detrimento dos alimentos in natura e minimamente processados, como por exemplo, o arroz com feijão.
- **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. No Passo 3 é importante responder à seguinte pergunta: o objetivo foi atingido? Se não, recomenda-se retornar ao Passo 2 para readequar a meta. Se sim, chega-se ao Passo 4.
- **Passo 4:** se a meta foi atingida e o problema resolvido, é o momento de voltar ao Passo 1, reconhecer outros problemas e/ou dificuldades e estabelecer novas metas.

Fonte: CULLEN e colaboradores (2001).

Figura 9 – Proposta para o processo de estabelecimento de metas.

Fonte: CULLEN et al., 2001.

QUESTÕES IMPORTANTES A SEREM OBSERVADAS:

- Estipular metas e estratégias alimentares pode não ser factível para indivíduos classificados nos estágios de pré-contemplação e contemplação;
- O profissional deve saber lidar com a ansiedade do indivíduo em querer receber um plano alimentar calculado e prescrito e, muitas vezes, já no primeiro encontro;
 - Conversar com o indivíduo sobre possíveis obstáculos à adoção das metas e estratégias pactuadas. O (a) nutricionista pode, por exemplo, perguntar: *Quais são os problemas que você percebe para atingir esses objetivos ou realizar tais metas?*

COMO IMPLEMENTAR O PLANO ALIMENTAR E NUTRICIONAL?

- Avaliar quais são fatores envolvidos na implementação das metas e estratégias na rotina do indivíduo. Por exemplo, usar mais temperos naturais pode requerer conhecimento de quais temperos utilizar, onde comprar, em que quantidade, em quais receitas, etc.
- Incluir os diferentes contextos abordando desde a aquisição dos alimentos até o consumo. Por exemplo, planejar as refeições, o consumo de alimentos/refeições fora de casa e a compra de alimentos, ler a lista de ingredientes presentes nos rótulos de alimentos, adaptar receitas, organizar o tempo, etc.
- Incentivar o indivíduo a buscar informações e a exigir seu direito de saber o que está comendo, exigir que o alimento seja produzido de forma saudável e sustentável, tanto do ponto de vista biológico quanto ambiental, social e econômico.
- Esclarecer mitos e verdades e ajudar no acesso e escolha desses alimentos. Apesar da informação não ser o único aspecto que irá motivar a mudança de comportamento, ela é essencial para garantir a autonomia do indivíduo e promover a transformação.
- Avaliar quantas e quais informações serão trabalhadas em cada encontro considerando o nível educacional, a cultura e a aceitação do indivíduo. O profissional deve contextualizar

cada estratégia ou meta para atingir os objetivos propostos.

- Solicitar ao indivíduo que resuma essas informações para verificar a compreensão e a motivação para realizar as mudanças pactuadas. Nesse momento, o próprio indivíduo pode verificar o seu entendimento e comprometimento a cerca do que foi combinado com o profissional.
- Explorar as motivações para mudanças, bem como os efeitos adversos de continuar assim, ou seja, não mudar.
- Adequar o formato do plano de intervenção alimentar e nutricional. Para algumas pessoas pode ser importante que as metas e estratégias sejam descritas em um documento ou simplesmente em uma folha de papel (por exemplo, um plano alimentar individualizado por escrito). Já para outras pessoas, incluindo pessoas que apresentam algum grau de dificuldade de leitura e/ou interpretação, a melhor opção pode ser pactuar uma ou duas metas simples que ela possa lembrar e colocar em prática até o próximo encontro – quando novas metas podem ser pactuadas.
- Trabalhar a ideia de planejar a alimentação cotidiana, utilizando exemplos de refeições e receitas saudáveis, orientações de compra, armazenamento e preparo dos alimentos, considerando, neste momento, as informações já obtidas - tais como, se a pessoa vive sozinha ou com a família, quem realiza as compras, condições de armazenamento, utensílios disponíveis como liquidificador, forno e geladeira.
- Utilizar, nos encontros individuais e nos grupos, materiais educativos (impressos), elaborados pelo (a) nutricionista e/ou em conjunto com a equipe ou com os indivíduos, além de materiais elaborados pelo Ministério da Saúde.
- Mostrar disponibilidade para ajudar neste processo de mudanças.

Fonte:..

Abaixo são descritos os principais pontos que devem ser considerados ao orientar um indivíduo ou grupo de pessoas.

- **Motivação:** as pessoas só irão realizar modificação no hábito alimentar se estiverem convencidas de que ela se justifica. O profissional deve dizer por que a modificação é necessária e quais serão os benefícios finais – e reais. Esse não é um processo fácil. Muitas vezes, as recompensas teóricas parecem uma fraca compensação do esforço prático envolvido. A avaliação do grau de prontidão do indivíduo para mudar é um componente vital do cuidado alimentar e nutricional para promoção da saúde. É essencial propor a mudança quando o indivíduo estiver preparado para recebê-la.
- **Conhecimento e compreensão:** quando o indivíduo estiver pronto para pactuar as mudanças, é essencial que ele compreenda de fato quais modificações são essas. Os objetivos alimentares e nutricionais devem ser traduzidos em metas e estratégias que o indivíduo possa compreender e implementar. A linguagem utilizada deve ser clara e simples e a mudança deve ser explicada em termos de escolha dos alimentos e planejamento das refeições em vez de nutrientes. A quantidade de informações é importante e varia de acordo com cada pessoa, assim como o conhecimento prévio sobre alimentação saudável. O profissional precisa identificar e corrigir as informações distorcidas ou pouco claras, como muitas mensagens veiculadas na mídia, publicidades, opiniões de amigos e familiares.
- **Aceitabilidade:** mesmo que a pessoa esteja motivada e saiba como atingir as metas e estratégias propostas, a modificação só irá ocorrer na prática se for aceitável para esse indivíduo. Qualquer meta ou estratégia tem que considerar: preferências alimentares (as pessoas não comem alimentos que não gostam ou que não fazem parte da sua cultura), constrangimentos familiares (as pessoas não comem alimentos que não sejam aceitáveis por razões culturais, religiosas ou éticas),

disponibilidade alimentar (as pessoas não comem alimentos que não estão a venda nos locais onde costumam fazer compras ou que estejam próximos a sua residência ou local de trabalho), renda (as pessoas podem não conseguir comprar certos alimentos), aspectos práticos (as modificações sugeridas não devem constituir um fardo em termos de tempo, esforço e complexidade) e resistência (as pessoas podem ter relutância em experimentar alimentos que não conhecem, isso é normal e deve ser considerado na aderência às orientações).

- **Possibilidade de alcance:** a modificação proposta deve ser um processo gradual de ajustamento dos hábitos alimentares e estilo de vida. Os objetivos desejáveis nem sempre são os objetivos razoáveis. Por exemplo, pode ser desejável que alguém consuma 55% da energia provinda de carboidratos e menos de 30% de gorduras, mas este objetivo pode estar além da capacidade e da vontade de um indivíduo em mudar. Assim, alterações dietéticas simples que mudem a alimentação nessa direção podem ser um objetivo mais apropriado no primeiro momento. O profissional deve identificar os objetivos mais importantes e estabelecer metas realistas considerando os hábitos alimentares do indivíduo e com mensagens positivas – ênfase nos alimentos adequados e nas escolhas alternativas para ajudar na substituição daqueles alimentos que devem ser evitados. Lembrar que a mudança leva tempo.
- **Apoio:** as metas e estratégias pactuadas com o indivíduo precisam ser acompanhadas para avaliação dos seus impactos. Reforçar a motivação, expandir o conhecimento e avaliar o progresso. Alguns encontros ou consultas muitas vezes não são suficientes. Estratégias como grupos e oficinas podem auxiliar nesse processo. A motivação para mudança precisa ser reforçada.
- **Comunicação:** a forma como as metas e estratégias são definidas terá influência na sua eficácia. As necessidades e problemas individuais só podem ser identificados e ultrapassados se houver uma relação entre o profissional e o indivíduo que promova diálogo interativo, abertura e verdade. O profissional precisa ter compreensão do comportamento humano e boa capacidade de aconselhamento.

Fonte:

DESFECHOS AVALIADOS DURANTE O MONITORAMENTO E A AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL

- Relacionados à alimentação e nutrição: consumo de alimentos e nutrientes, acesso aos alimentos e nutrientes, uso de suplementos e medicina alternativa, conhecimento e crenças, disponibilidade e acesso aos alimentos.
- Relacionados às medidas antropométricas: altura, peso, índice de massa corporal (IMC), padrão de crescimento e histórico do peso.
- Relacionados aos parâmetros bioquímicos e outros exames: dados laboratoriais, como eletrólitos e glicose e outros exames.
- Relacionados à avaliação física: aparência física, perda de massa muscular e gordura, capacidade de deglutição, apetite.

Adaptado de AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION (2012).

Registros

As informações do indivíduo (avaliação e diagnóstico alimentar e nutricional), o objetivo e a intervenção alimentar e nutricional devem ser registrados, assim como encontros ou consultas subsequentes (nova avaliação alimentar e nutricional) com

apontamentos em relação às metas e estratégias cumpridas e não cumpridas, motivos e barreiras para não adoção e novos objetivos. É importante garantir o registro da prática para a análise destas informações, reflexão sobre as estratégias adotadas e possíveis alterações a serem feitas.

DURANTE A CONSULTA

- Converse com o indivíduo. Use perguntas abertas e não mostre julgamentos: “O que você tem feito em relação...?”
- Explique os objetivos da intervenção: “Nesse momento, podemos trabalhar os seguintes objetivos..”.
- Elabore com o indivíduo o plano de ação (definição das metas e estratégias).
- Ao final do encontro ou consulta, peça ao indivíduo para resumir as metas e estratégias pactuadas e pergunte quais são as principais dúvidas.

CONSULTAS SUBSEQUENTES

- Pergunte ao indivíduo quais foram as mudanças (alimentares e comportamentais) implementadas desde o último encontro e quais foram as dificuldades relacionadas às mudanças.
- Explore os problemas e as dificuldades relatadas pelo indivíduo e ajude-o na busca de soluções.
- Forneça um feedback ao indivíduo, mas envolva ele nesse processo. Por exemplo, peça para ele comparar o que estava comendo com o que está comendo.

6.5 Abordagem Qualitativa

O Guia Alimentar para a População Brasileira (Brasil, 2014) apresenta as recomendações de alimentação adequada e saudável para a população brasileira, como explicado no **Capítulo 1**. A intervenção alimentar e nutricional deve ter como base essas recomendações, respeitando os princípios que nortearam sua elaboração. Assim, a intervenção deve levar em conta os nutrientes, os alimentos, as combinações de alimentos, as refeições e as dimensões culturais e sociais das práticas alimentares, a sustentabilidade do sistema alimentar e a ampliação da autonomia da pessoa nas escolhas alimentares.

Para elaboração da intervenção alimentar e nutricional, o (a) nutricionista pode utilizar o **modelo dos 3As** (**Figura 6.5**). Esse modelo apresenta os três principais eixos que devem ser considerados para a promoção da alimentação adequada e saudável: Ambiente, Atitude e Alimento. Esses eixos devem ser trabalhados em conjunto com o

indivíduo, ou seja, as metas para atingir os objetivos de cada eixo devem ser pactuadas com o indivíduo. Como exemplo, o **quadro 6.2** apresenta as recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira de acordo com cada eixo.

Figura 10 – Modelo dos 3As.



Fonte: Elaborada pelos autores.

Quadro 19 – Recomendações baseadas no Guia Alimentar para a População Brasileira de acordo com o modelo dos 3As.

EIXO	RECOMENDAÇÕES
ALIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> Fazer de alimentos in natura ou minimamente processados a base da alimentação. Utilizar óleos, gorduras, sal e açúcar em pequenas quantidades ao temperar e cozinhar alimentos e criar preparações culinárias. Limitar o consumo de alimentos processados. Evitar o consumo de alimentos ultraprocessados. Aumentar consumo de frutas, verduras e legumes. Reduzir consumo de carne vermelha. Realizar as três refeições principais.
AMBIENTE	<ul style="list-style-type: none"> Comer em ambiente apropriado. Dar preferência, quando fora de casa, a locais que servem refeições feitas na hora. Fazer compras em locais que ofertem variedades de alimentos in natura ou minimamente processados.
ATITUDE	<ul style="list-style-type: none"> Comer em companhia. Desenvolver, exercitar e partilhar habilidades culinárias. Planejar o uso do tempo para dar à alimentação o espaço que ela merece. Comer com regularidade e atenção. Ser crítico quanto a informações, orientações e mensagens sobre alimentação veiculadas em propagandas comerciais.

Fonte: Adaptado de BRASIL (2014).

O (a) nutricionista deve avaliar cada situação e decidir em conjunto com o indivíduo quais metas e estratégias são prioridades e viáveis de serem cumpridas no momento. A partir disso, o (a) nutricionista deve conversar sobre essas metas e estratégias de forma detalhada, levantando possíveis obstáculos e formas de superá-los. As orientações não são necessariamente um padrão. Para algumas pessoas uma estratégia pode ser simplesmente não repetir a porção de alimentos, enquanto que para outras a estratégia pode ser servir porções menores ou utilizar pratos e xícaras menores, para se dar o direito de se servir novamente se ainda estiver com fome. Abaixo são descritos alguns tópicos que podem ser trabalhados com os indivíduos considerando os eixos do modelo dos 3As.

ALIMENTO

Estimule a variedade na compra de alimentos e os alimentos da época e locais – são mais frescos e mais econômicos. Ajude o indivíduo a identificar esses alimentos e onde adquiri-los.

Explique o que são alimentos ultraprocessados e o impacto de seu consumo na saúde e no ambiente.

Oriente sobre a leitura dos ingredientes e dos rótulos dos alimentos. Por exemplo, como diferenciar um alimento processado do ultraprocessado.

Enfatize o modo de preparo dos alimentos. Explique porque utilizar ingredientes culinários, como óleo, azeite, manteiga, sal e açúcar para preparar os alimentos e criar as preparações culinárias são mais saudáveis do que produtos altamente processados como margarinas, caldos e temperos industrializados e adoçantes artificiais. Converse sobre as quantidades utilizadas de óleo, azeite, manteiga, sal e açúcar utilizados.

Converse sobre o uso de temperos naturais, ervas e especiarias; molhos caseiros; óleos e azeites aromatizados (pimenta, alecrim, alho), diferentes tipos de vinagres (vinho, balsâmico) e vinagretes para temperar os alimentos.

AMBIENTE

Alerte sobre promoções do tipo “leve mais, pague menos” para alimentos ultraprocessados e compras por impulso devido à propaganda desses alimentos.

Converse sobre os tipos de alimentos que o indivíduo costuma estocar em casa. Sugira ter disponíveis opções de alimentos base (arroz, feijão, farinhas e óleos) e alimentos que possam ser utilizados para preparar rapidamente uma refeição (macarrão, ovos e porções de feijão congeladas).

Converse sobre armazenar legumes e verduras já higienizados no refrigerador ou picados no congelador para a semana; manter opções congeladas como cortes de carne para bifes ou cozidos, preparações culinárias feitas com antecedência e congeladas, como feijão, lasanha e sopas, e até porções de refeições individuais em as marmitas.

Oriente sobre a importância de comer devagar, em ambientes tranquilos e confortáveis e, sempre que possível em companhia. Lembre o indivíduo que a alimentação deve ser prazerosa.

Converse sobre atividades em grupo e os equipamentos sociais disponíveis e acessíveis ao indivíduo, como feiras, sacolões, associação de agricultores familiares, grupos de atividades física e práticas corporais, oficinas culinárias, entre outras.

Converse sobre a possibilidade de cultivo doméstico de alimentos orgânicos. Uma horta pequena, plantada nos quintais das casas ou em vasos pendurados em muros ou apoiados em lajes ou sacadas oferece, a baixo custo, uma quantidade razoável de alimentos in natura. Incentive a busca por orientações específicas para a produção orgânica em diversos ambientes e sobre os tipos de alimentos que melhor se adaptam a cada situação de cultivo e região, além da troca entre vizinhos visando a ampliar o acesso a uma maior variedade de alimentos.

Oriente sobre a publicidade de alimentos. Converse sobre as informações veiculadas na mídia e as alegações nutricionais que tem como objetivo principal a venda do alimento.

Converse sobre as dietas da “moda” e os alimentos milagrosos e as informações sobre alimentação e nutrição disponíveis na mídia. Verifique o que o indivíduo já sabe sobre alimentação e nutrição, se segue alguma dieta ou consome algum alimento devido às alegações nutricionais.

Incentive família e amigos a cozinhar e realizar algumas refeições juntas, como o café da manhã ou o jantar duas ou três vezes na semana.

Incentive o envolvimento de outras pessoas, como familiares e amigos (incluindo crianças), em todas as etapas prévias e após a refeição: aquisição dos alimentos, preparo das refeições, limpeza e organização da cozinha.

Busque soluções com o indivíduo. Incentive o consumo de alimentos in natura e minimamente processados e preparações culinárias feitas com esses alimentos em vez de lanches ou refeições prontas. Desmistificar que uma refeição composta por macarrão com molho de tomate ou arroz, feijão e carne com legumes, por exemplo, é mais saudável que um lanche composto por um sanduíche de queijo e peito peru.

Converse sobre a organização e a limpeza da cozinha.

Incentive o comer em companhia e junto à mesa. Por exemplo, tomar café da manhã com a família ou

almoçar com o colega de trabalho uma vez na semana.

Converse sobre a importância de adultos e crianças realizarem as refeições juntos, das crianças escolherem os alimentos e a quantidade desejada no prato, de ajudar a criança a reconhecer os sinais de fome e saciedade (Você almoçou o suficiente? Ou você quer um pouco mais?), de não praticar restrições ou incentivar a criança a comer mais, dar o exemplo de uma alimentação equilibrada e caprichar no equilíbrio e na variedade dos alimentos oferecidos.

ATITUDE

Explique que se organizar é fundamental para facilitar a adesão às metas e estratégias pactuadas.

Ajude o indivíduo a refletir sobre o tempo que ele destina a sua alimentação, como a compra, a organização, o preparo e o consumo dos alimentos.

Incentive o planejamento do que e onde os alimentos serão comprados, preparados e consumidos.

Ajude o indivíduo a perceber que comprar os alimentos não precisa ser uma tarefa pesada e chata. Por exemplo, realizar as compras dos alimentos não perecíveis uma vez por mês e dos alimentos frescos e perecíveis uma ou duas vezes na semana; fazer uma lista de compras antes de adquirir os alimentos; pesquisar por feiras livres e produtores locais próximos à sua residência ou local de trabalho; realizar as compras em companhia de amigos, colegas de trabalho ou familiares, incluindo crianças.

Avalie as principais dificuldades e busque estratégias conjuntas, como planejamento das compras, sugestões de cardápios, preparo de alguns alimentos com antecedência ou nos finais de semana para serem congelados.

Sugira a organização de um cardápio semanal para planejar a lista de compras, principalmente para os indivíduos que estão começando a se organizar no processo de compra e preparo dos alimentos.

Oriente estratégias para refeições fora de casa, como locais que oferecem comida feita na hora.

Sugira receitas e estimule a busca por novas receitas. Encoraje o indivíduo a testar diferentes receitas e a adaptar suas preparações (por exemplos, reduzir a quantidade de açúcar utilizada no preparo de um bolo). Incentive a busca na internet e em livros de receitas, além de usar a criatividade.

Estimule o ato de cozinhar. É mais econômico e dá liberdade para criação. Explique que quanto mais experimentar, terá ideias e sentirá prazer em cozinhar.

Incentive a busca por familiares e amigos que já cozinham. Cozinhar junto além de proporcionar a troca de saberes pode ser mais prazeroso e estimulante.

Forneça sugestões que possam facilitar o preparo das refeições, como cozinhar um pouco a mais para deixar pronto para a próxima refeição ou congelar porções de preparações culinárias.

Esclareça que qualquer pessoa pode cozinhar e sugira iniciar com preparações simples ou que a pessoa já saiba. Explique que utensílios domésticos podem facilitar (ralador, processador, liquidificador, batedeira), mas não são essenciais. Uma boa faca e algumas panelas já são suficientes para começar a

cozinhar.

Estimule a consciência do ato de comer. Comer consciente se baseia na ideia de estar presente e com atenção total ao que está acontecendo no momento, tanto externa como internamente. Perceber as cores, o cheiro, sabores e texturas da comida. Mastigar devagar, desligar a televisão ou computador.

Converse sobre os sinais de fome e saciedade, sobre o apetite e as vontades. Anotações sobre a sensação de fome e saciedade antes e após as refeições podem auxiliar na conscientização e ser uma boa aliada para transformar hábitos (como um diário anotando tudo que come e como se sente). Alguns exemplos de perguntas que podem ser feitas pelo indivíduo são: *Como estou me sentindo hoje? Estou com fome? Eu ainda estou com fome ou já estou satisfeito?*

Oriente a mastigar os alimentos por mais tempo; comer o próximo pedaço ou dar a próxima garfada somente depois de terminar de mastigar e engolir o pedaço/garfada anterior; respirar e relaxar antes de comer; degustar os alimentos como se estivesse experimentando pela primeira vez; colocar uma música ambiente para relaxar; arrumar a mesa antes de comer. Essas sugestões, quando acordadas com o indivíduo, devem ser trabalhadas detalhadamente já que parecem orientações muito simples, mas para muitas pessoas podem ser difíceis de serem seguidas.

Avalie a necessidade de apoio especializado de outros profissionais, serviços de saúde ou instituições.

CRENÇAS E MITOS RELACIONADOS À ALIMENTAÇÃO

- Para perder peso, basta fechar a boca e malhar. Explique que esse processo não é tão simples, que outros fatores estão envolvidos no ganho, manutenção e perda de peso. O corpo reage às leis da biologia e não da física. O estresse leva o corpo a se adaptar como um mecanismo de resistência o que pode dificultar o processo de perda e manutenção do peso, principalmente em longo prazo.
- Fazer dieta emagrece. Ajude o indivíduo a refletir se tal dieta pode realmente fazer parte da sua vida, se faz ele se sentir bem e ter prazer em comer. Explique que alguns resultados podem até ser obtidos em curto prazo, mas que a restrição pode aumentar o apetite e reduzir o metabolismo fazendo com que os resultados esperados não sejam obtidos e isso não é uma questão de falta de controle ou fraqueza, mas sim de uma resistência do metabolismo.
- Contar calorias. Novamente, ajude o indivíduo a refletir se esse processo de contar as calorias de tudo que é consumido pode realmente fazer parte da sua vida, se faz ele se sentir bem e ter prazer em comer. Contar as calorias tira o prazer de comer e muda a relação da pessoa com a comida. Comer se transforma em uma tarefa e desconsidera os sentimentos individuais e os outros nutrientes presentes nos alimentos.
- A gordura é vilã. Explique que a gordura dos alimentos é essencial para o nosso organismo, assim como outros nutrientes. Óleos, azeite, manteiga e banha, quando utilizados com moderação, são excelentes fontes de gorduras e outros nutrientes e são fundamentais para criar muitas preparações culinárias saborosas. Um pouco de gordura na refeição aumenta a sensação de prazer e saciedade.
- Alimentos diet e light são melhores. Explique o que são e qual o propósito desses alimentos. Para retirar um ou outro ingrediente (como, por exemplo, a gordura), a indústria precisou adicionar outros (como o açúcar, amido modificado, xarope de glicose, entre outros e aditivos alimentares) para mascarar o sabor desagradável do alimento. Esses alimentos, muitas vezes, trazem pouca satisfação e possuem alegações que induzem as pessoas a comerem em maior quantidade do que comeriam

se fosse o alimento regular.

Para saber mais:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Desmistificando dúvidas sobre alimentação e nutrição** : material de apoio para profissionais de saúde / Ministério da Saúde, Universidade Federal de Minas Gerais. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016.

ALIMENTOS ORGÂNICOS E AGROECOLÓGICOS

Os alimentos orgânicos e de base agroecológica são alimentos de origem vegetal ou animal oriundos de sistemas que promovem o uso sustentável dos recursos naturais, que produzem alimentos livres de contaminantes, que protegem a biodiversidade, que contribuem para a desconcentração das terras produtivas e para a criação de trabalho e que ao mesmo tempo respeitam e aperfeiçoam saberes e formas de produção tradicionais.

A promoção de alimentos orgânicos e de base agroecológica deve ser discutida na perspectiva dos alimentos produzidos localmente que estão diretamente relacionados com a territorialidade dos hábitos alimentares. Por exemplo, a uva no Rio Grande do Sul, o açaí no Pará, o cupuaçu no Amazonas, o queijo em Minas Gerais e o pequi em Goiás. A valorização da alimentação local e das feiras da agricultura familiar é uma forma de apoiar a justiça social, valorizar o produtor familiar, o emprego no campo e a sustentabilidade ambiental, considerando, dessa forma, a saúde, a cultura, a economia e a meio ambiente nas escolhas alimentares.

O cultivo doméstico de alimentos orgânicos é outra opção para promover o consumo desses alimentos, principalmente pelo baixo custo associado a essa prática e a possibilidade de trocas entre vizinhos e comunidades próximas. O maior consumo de alimentos de origem vegetal que são produzidos localmente estimula a agricultura familiar e a economia local; e a redução do consumo de alimentos de origem animal reduz as emissões de gases de efeito estufa, o desmatamento decorrente da criação de novas áreas de pastagens, o uso intenso de água e a necessidade de sistemas intensivos de produção animal e, conseqüentemente, seus efeitos nocivos ao meio ambiente.

AZEVEDO, E. **Alimentos orgânicos - ampliando os conceitos de saúde humana, ambiental e social**. Senac São Paulo, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL. **Relatório da III Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional**. Brasília: Consea, 2007.

APROVEITAMENTO INTEGRAL E SOBRAS DE ALIMENTOS

O descarte de alimentos in natura em boas condições e o aproveitamento parcial de frutos, raízes e folhas muitas vezes ocorrem pelo desconhecimento de formas alternativas de seu aproveitamento. O aproveitamento integral de alimentos e o uso de sobras de alimentos ou preparações culinárias podem promover a redução do lixo, a ampliação da variedade dos pratos e a valorização nutricional das refeições, a participação de uma proposta de educação alimentar segura e socioeconômica e ambientalmente responsável. O consumo responsável é a capacidade de cada um fazer escolhas que considerem a melhoria de vida de cada um, da sociedade e do ambiente.

Partes de alimentos que podem ser aproveitadas incluem talos de couve-flor, brócolis, beterraba; folhas de cenoura, beterraba, rabanete; cascas de batata, laranja, abóbora; sementes de abóbora, melão, jaca; partes de carnes como tutano de boi e miúdos de galinha.

Exemplos de preparações:

- Geleia de casca de tangerina, caldo verde (com talos e folhas), batata assada com casca e farofa de miúdos são alguns exemplos de preparações que aproveitam partes não convencionais dos alimentos.
- Em relação às sobras, misturar legumes no arroz cozido, preparar um macarrão de forno, usar os legumes cozidos na sopa ou misturar a carne com legumes e arroz são alguns exemplos de como criar preparações a partir das sobras alimentos. Outros exemplos são preparar tutu de feijão, suflê de legumes ou risoto de frango.

Para conhecer mais: Revista Ideias na Mesa nº 1 - **Desperdício de alimentos**. 1º ed. 2013. Disponível em: www.ideiasnamesa.unb.br.

Essa edição da Revista Ideias na Mesa traça um panorama sobre a perda de alimentos no país e apresenta ideias e experiências relacionadas ao assunto.

Programa Mesa Brasil SESC: é uma rede nacional de bancos de alimentos contra a fome e o desperdício.

Programa Cozinha Brasil, do SESI: oferece cursos gratuitos à população para o ensino da prática de uma alimentação nutritiva e saudável, de baixo custo e que respeita as diferenças regionais e das estações.

Utilizar a **Tabela 5** baseada nas quatro recomendações do Guia Alimentar para a População. Ao elaborar o plano alimentar, o (a) nutricionista deve considerar as colunas que representam os alimentos que devem ser consumidos como base da alimentação, em pouca quantidade, em muito pouca quantidade e aqueles que devem ser evitados.

Ex: Frutas, verduras e legumes, cogumelos, leguminosas, cereais, grãos, raízes, tubérculos, leite, aves, peixes e ovos devem representar a maior parte da alimentação. Carnes de gado e porco, sal, açúcar e óleos e preparações culinárias feitas de alimentos in natura ou minimamente processados que utilizam o óleo como base e apresentam maior teor energético, como a mandioca frita e o bolinho de espinafre frito, devem ser consumidos com moderação, isto é, em pouca quantidade. Os alimentos processados, como pães, queijos, enlatados e carnes e peixes adicionados de sal, e as preparações culinárias feitas com esses alimentos ou que utilizam o açúcar como base, como a feijoada e o pudim de leite devem ser consumidos ocasionalmente e em menor quantidade. O consumo de alimentos ultraprocessados, como as bebidas açucaradas, macarrão instantâneo, cereais matinais e barras de cereais, não é recomendado.

A orientação sobre a escolha dos alimentos deve ser complementada com orientações sobre os métodos de preparação dos alimentos, isto é, como cozinhá-los. As orientações devem ser claras e objetivas e compatíveis com o estilo de vida e o hábito alimentar do indivíduo. Alguns exemplos são apresentados no quadro 6.3. Além disso, combinações de

alimentos das preparações também podem ser orientadas, como, por exemplo, a adição de legumes nas preparações de carnes. Alguns exemplos são o cozido nordestino, o escondidinho de abóbora com charque e o charuto de repolho com recheio de carne moída que combinam diferentes tipos de legumes ou verduras em preparações a base de carne.

Algumas informações sobre alimentação podem ser abordadas com os indivíduos com o auxílio de outros profissionais de saúde. Essas informações 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 e o cotidiano de vida são singulares para cada indivíduo, família e grupo social. Assim, é necessário respeitar as diferenças culturais da população.

VERSÃO PRELIMINAR

Tabela 5 – Elaboração de plano alimentar baseado nas quatro recomendações do Guia Alimentar para a População.

ALIMENTOS IN NATURA E MINIMAMENTE PROCESSADOS	PREPARAÇÕES CULINÁRIAS	PRODUTOS PROCESSADOS	ULTRAPROCESSADOS
Consumir como base da alimentação	Consumir com moderação	Consumir em menor quantidade	Evitar
Frutas in natura e frutas secas Verduras, legumes e cogumelos frescos ou secos Tubérculos e raízes Grãos e cereais Aves, Peixes e Ovos	Suco de frutas e hortaliças Verduras, legumes, cereais, grãos, raízes, tubérculos, aves, peixes e ovos fritos ou caramelizados, tais como bolinho de espinafre ou arroz, mandioca frita, moranga caramelizada, ovo ou peixe frito. Carne de gado e porco Castanhas e outras oleaginosas Preparações culinárias feitas com esses alimentos e ingredientes culinários, tais como pães, tortas e bolos caseiros.	Preparações culinárias com produtos processados Carnes/peixes adicionados de sal (atum, sardinha e carne e sol) Pães feitos de farinha, água e sal Frutas, verduras e legumes em conserva de sal ou açúcar	Pães de forma, hotdog e outros produtos panificados, biscoitos e bolachas recheadas, salgadinhos de pacote, refrigerantes, refresco em pó e outras bebidas adoçadas, prantos prontos para consumo Cereais matinais e barras de cereais
Leguminosas		Queijos	Bebidas lácteas, iogurtes adoçados e queijos processados Maionese e outros condimentos (ketchup, mostarda)
Leite, iogurte natural e coalhada			
Temperos naturais, tais como salsa, cebolinha, coentro, manjeriço e etc.	Ingredientes culinários, tais como óleos, manteiga e outras gorduras, açúcar e sal		
Crus, cozidos, assados, refogados	Fritos, caramelizados		

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2014.

Quadro 20 – Exemplos de orientações sobre métodos de preparação dos alimentos

Tipo de gordura	Utilizar óleos ou manteiga em vez de margarina.
Quantidade de óleo	Ao preparar feijão, utilize uma colher de sopa de óleo (para uma xícara de feijão cru) para refogar a cebola e o alho.
Quantidade de sal	Para temperar o feijão, utilize meia colher de chá de sal (para uma xícara de feijão cru) e ervas, como louro e manjericão.
Temperos naturais	Utilize temperos naturais em vez de caldos e temperos prontos. Como, por exemplo, o louro no feijão e em sopas, alecrim em carnes, salsa na macarronada, manjericão no molho de tomate, tomilho na batata.
Carnes	Retire a gordura visível das carnes vermelhas e a pele de aves.

Fonte: Elaborado pelos autores.

EVIDÊNCIAS

A classificação de alimentos segundo o grau de processamento ainda é muito recente, por isso poucos estudos populacionais avaliaram diretamente a associação entre consumo de alimentos ultraprocessados e morbimortalidade.

Estudos já realizados no Brasil mostram associações significativas do consumo de alimentos ultraprocessados com síndrome metabólica em adolescentes (TAVARES et al., 2012), com dislipidemias em crianças (RAUBER et al., 2015) e com a obesidade em todas as idades (CANELLA et al., 2014). Estudo recente mostrou que os brasileiros que consumiram mais de 44% de calorias provenientes de alimentos ultraprocessados (quinto superior de consumo) apresentaram duas vezes mais chances de apresentarem obesidade em relação aqueles que estavam no quinto inferior de consumo (LOUZADA et al., 2015).

Esses resultados podem ser justificados por diversas características intrínsecas desses alimentos. A primeira diz respeito ao perfil nutricional desfavorável desses produtos que impacta negativamente na qualidade nutricional da alimentação. Estudo que avaliou o consumo alimentar dos brasileiros mostrou que os alimentos ultraprocessados possuem maior teor de gordura saturada, gordura trans e açúcar livre e menor teor de fibra do que a combinação de alimentos in natura ou minimamente processados com ingredientes culinários como sal, açúcar, óleos e gorduras (LOUZADA et al., 2015b). Os autores também mostraram que os 20% dos brasileiros que menos consomem alimentos ultraprocessados apresentaram uma alimentação que se aproxima das recomendações da Organização Mundial da Saúde para a prevenção de doenças crônicas não transmissíveis.

A segunda característica se refere à hiperpalatabilidade desses alimentos devido às técnicas de processamento, elevadas quantidades de açúcares, sal e gorduras e uso de aditivos, como realçadores de sabor. Essa característica está associada ao consumo excessivo e “desapercebido” de calorias por proporcionar prejuízos nos sistemas endógenos que controlam os sinais de fome e saciedade (LUDWIG, 2011; OGDEN et al., 2013).

Além disso, a conveniência, a praticidade, a portabilidade e a onipresença desses produtos facilitam a substituição de refeições baseadas em alimentos in natura ou minimamente processados por lanches ou pratos prontos para consumo. O marketing agressivo de alimentos ultraprocessados amplifica todas essas características por torná-los ainda mais atraentes.

ALIMENTOS ULTRAPROCESSADOS E OBESIDADE

Recentemente a OPAS e a OMS publicaram um relatório alertando sobre o papel dos alimentos ultraprocessados na epidemia da obesidade na América Latina. Uma análise de séries temporais foi feita em 13 países da América Latina (incluindo o Brasil), de 1999 a 2013, mostrou que as vendas per capita de alimentos ultraprocessados aumentaram continuamente nesse período, substituindo padrões alimentares tradicionais baseados em alimentos in natura. O aumento nas vendas dos alimentos ultraprocessados foi associado ao aumento do índice de massa corporal (IMC) em adultos, em todos os níveis de consumo. A OMS e o Fundo Mundial de Pesquisa do Câncer concluíram que estes alimentos estão entre as causas principais de obesidade, diabetes, doenças cardiovasculares e algumas formas de câncer (OPAS/OMS, 2015).

Para conter o aumento do consumo de alimentos ultraprocessados e as taxas crescentes de obesidade e sobrepeso na América Latina, o relatório recomenda a organização dos governos, comunidade científica e sociedade civil para apoiar e implementar políticas para proteger e promover a escolha de alimentos saudáveis. Além da informação e educação sobre alimentação saudável, essas políticas também devem proteger e promover a agricultura familiar, as culturas tradicionais e o estímulo às habilidades de cozinhar.

O Guia Alimentar para a População Brasileira traz uma mudança de paradigma sobre o que é uma alimentação saudável levando em conta não somente a adequação do consumo de nutrientes, mas também outras características do consumo alimentar que influenciam as condições de saúde da população.

[Pan American Health Organization. Ultra-processed food and drink products in Latin America: Trends, impact on obesity, policy implications. Washington, DC: PAHO, 2015.](#)

6.5.1 Atividades educativas sobre alimentação saudável

Buscar desenvolver trabalhos educativos que possibilitem o resgate da autoestima, a visão crítica sobre a alimentação, sobre o papel da mídia e da propaganda de alimentos, o incentivo ao movimento, a brincadeira e a inclusão social, pode ser desenvolvido junto a outros profissionais de saúde nas Unidades de Saúde e Núcleos de Apoio a Saúde da Família. A seguir, serão descritos exemplos de atividades que podem ser desenvolvidas com os indivíduos (BRASIL, 2014).

Quadro 21 – Exemplos de atividades que podem ser desenvolvidas:

- 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 ou na frente do computador, 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. Utilizar principalmente frutas, legumes e verduras, pouco utilizados na alimentação diária.
- Debater com os indivíduos 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. Incentivar o relato de experiências e o conhecimento de outros hábitos alimentares, gêneros e pratos típicos. Pode-se propor uma oficina de culinária regional em que cada indivíduo prepara uma refeição típica.
- 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 “saladas”, “quitutes de legumes” ou “sobremesas à base de frutas”. Todos podem degustar as preparações e comentar sobre a experiência.
- Realizar o “Dia da Experiência”. Cada um deve trazer um alimento que nunca comeu. Os alimentos devem ser expostos de modo atraente e os participantes devem ser estimulados a experimentar os alimentos e conversar sobre o gosto, o cheiro, a textura, a forma de preparo. 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 indivíduos 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 (propaganda de alimentos, dietas da moda, obesidade e magreza, entre outros).
- Com a consigna “Vamos às compras?”, disponibilizar gravuras de alimentos in natura e minimamente processados, alimentos processados e ultraprocessados que os participantes poderão escolher e colar em um carrinho de mercado ou em uma sacola de feira desenhados em cartolina. Debater sobre o que comprar, onde comprar e os motivos das escolhas.
- Organizar oficinas culinárias com degustação e disponibilização de receitas saudáveis baseadas em alimentos in natura e minimamente processados 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 feiras de produtores, sacolões, quitandas, mercados 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 da lista de ingredientes presente nos rótulos para análise e diferenciação dos alimentos (processado e ultraprocessados).
- Organizar o “dia da horta” em que os participantes podem discutir e trocar experiências sobre como organizar uma horta caseira.
- Oficina de elaboração de uma pequena horta de temperos. Disponibilizar potes de plantação, mudas (coentro, manjeriço, salsa e cebolinha verde), terra e regador. Temperos podem ser uma ótima opção por não necessitarem de muito espaço físico para seu plantio, podendo ser facilmente cultivados em casa, no apartamento ou no trabalho. Discutir sobre a importância das ervas aromáticas para a alimentação, suas características e capacidade de agregar sabor e qualidade nutricional ao alimento, sendo um ótimo substituto para o sal e condimentos industrializados.
- Oficina de arte como forma de reviver as lembranças da infância associadas com a alimentação. A oficina pode possibilitar, além de boas lembranças e trocas de informações relevantes sobre nutrição, a valorização da socialização e das relações interpessoais das pessoas.

6.5.2 Práticas alimentares e o resgate da culinária para saúde e o prazer de comer

O processo de transmissão de habilidades culinárias entre gerações vem perdendo força e, cada vez mais, as pessoas, principalmente os jovens, não sabem mais como preparar alimentos. Isso é devido à desvalorização do ato de cozinhar, a multiplicação das tarefas cotidianas e a divisão desigual entre as tarefas domésticas na família, incluindo a alimentação como responsabilidade geralmente exclusiva/maior da mulher, e sua incorporação no mercado de trabalho, além da oferta massiva e da publicidade agressiva dos alimentos ultraprocessados.

A vida moderna, marcada pela “falta de tempo” das pessoas, impacta nas circunstâncias que deveriam ser observadas com relação ao ato de comer – horários regulares, locais apropriados, não estar envolvido em outra atividade, desfrutar dos alimentos, comer em companhia – visto que são atividades que demandam tempo.

Isso leva a adesão indiscriminada de alimentos processados e ultraprocessados em detrimento do consumo de alimentos in natura e minimamente processados comprometendo a qualidade nutricional da alimentação e a sua sustentabilidade. Com isso, práticas alimentares tradicionais cedem lugar a alimentos ultraprocessados que são ricos em açúcar, gorduras e geram diversos impactos negativos na vida social e no meio ambiente.

Assim, mulheres e homens de todas as idades, incluindo as crianças e os adolescentes, devem se familiarizar com habilidades culinárias mínimas que lhes permitam ter autonomia para prover o autocuidado em relação à alimentação, assim como desenvolver o senso crítico em relação à publicidade de alimentos, evitar o desperdício de alimentos, resgatar os estímulos sensoriais da alimentação, explorando os sabores e o prazer do ato de se alimentar.

O resgate da culinária facilita a adesão à intervenção alimentar e nutricional, a manutenção de peso saudável e a incorporação no cotidiano dos conceitos de alimentação saudável. Tipos de alimentos, modos de preparo, uso dos ingredientes

culinários e uma série de elementos típicos da culinária podem ser recuperados e incorporados no cotidiano do indivíduo. Diversas estratégias podem ser utilizadas como a troca e discussão sobre receitas e modos de preparação, elaboração conjunta e degustações de novas preparações, realização de oficinas de culinária com diferentes alimentos e receitas antigas e novas.

Lembrar o indivíduo que a habilidade no preparo de alimentos melhora quando é praticada e que o prazer compartilhado é redobrado. Diversas receitas e cardápios saudáveis podem ser elaborados em conjunto com o indivíduo, com outros profissionais ou com um grupo de pessoas (por exemplo, oficinas de culinária).

O ato de escolher e preparar os alimentos também vai ajudar a desmistificar a ideia de que uma alimentação saudável não é saborosa. O indivíduo precisa descobrir o quanto uma alimentação baseada em alimentos in natura e minimamente processados (frutas, legumes e verduras, feijões, cereais, raízes e tubérculos, leite, carnes e pescados) pode ser saborosa e até mais barata que uma alimentação baseada em alimentos ultraprocessados (MOUBARAC e cols., 2013).

6.6 Abordagem Quantitativa

Com o intuito de apoiar os profissionais que optem por adotar uma abordagem baseada em uma plano alimentar individualizado, apresentamos uma sugestão prática de como realizar a estimativa de energia e nutrientes provenientes dos alimentos. Para isso, o (a) nutricionista deve realizar a avaliação alimentar, como descrito no **Capítulo 4. Avaliação alimentar e nutricional**, e a estimativa do requerimento nutricional, como descrito no **Capítulo 5. Recomendações alimentares e nutricionais**.

A medida da ingestão de nutrientes e energia é uma das tarefas mais complexas para o (a) nutricionista, principalmente devido à precisão na coleta dos dados sobre a ingestão de alimentos e a conversão dessa informação à quantidade de nutrientes e energia.

Essa proposta visa apoiar os profissionais que, a partir da leitura dessa nova proposta de cuidado alimentar e nutricional na prática, optem por adotá-la em seus serviços. **Ela não tem o objetivo de substituir as informações presentes nas tabelas de equivalentes, medidas caseiras e composição química dos alimentos, nem os cálculos dietéticos empregados para estimar com maior precisão a ingestão de energia e nutrientes.** É um instrumento que visa facilitar o processo do cuidado alimentar e nutricional na prática.

Enfatiza-se que as modificações alimentares devem ser acordadas com o indivíduo e devem respeitar seu hábito e suas preferências alimentares. Por isso, essa proposta sugere que as mudanças sejam realizadas em cima do plano alimentar e estilo de vida do indivíduo. A partir dos alimentos já consumidos habitualmente pelo indivíduo, estima-se as calorias e os nutrientes consumidos e planeja-se as modificações alimentares. Destaca-se que esse processo pode ser feito em conjunto com as modificações comportamentais, quando necessárias, já abordadas nesse capítulo.

A **tabela 6** apresenta o valor médio de nutrientes de alimentos in natura e minimamente processados e ingredientes culinários por grupos alimentares considerando uma porção em calorias (kcal). O cálculo da quantidade média de proteínas, carboidratos, lipídios, fibra alimentar, cálcio, ferro e zinco dos grupos alimentares por porção (kcal) considerou os principais alimentos que representam o grupo. Por exemplo, o grupo dos cereais integrais inclui arroz integral, macarrão integral, canjica e trigo em grão, enquanto que o grupo dos cereais refinados inclui arroz branco, macarrão.

Considerando a porção do grupo de alimentos correspondente (apresentada na **tabela 6**), a **tabela 7** (7a, 7b e 7c) apresenta as quantidades em medidas caseiras dos principais alimentos in natura e minimamente processados, ingredientes culinários, preparações culinárias e alimentos processados representantes de cada grupo de acordo com a recomendação de consumo (base, em pouca quantidade e muito pouca quantidade). Os alimentos estão agrupados por grandes grupos de alimentos cujo perfil nutricional é semelhante. As medidas caseiras e as quantidades em g ou ml são apresentadas por porção em kcal do respectivo grupo. Os alimentos apresentados na tabela são aqueles selecionados para representar os grupos de alimentos para o cálculo da estimativa dos nutrientes (**tabela 6**).

Por exemplo, a **tabela 7a** apresenta os alimentos que devem ser consumidos como base da alimentação (alimentos in natura e minimamente processados crus, cozidos, refogados, assados). Da mesma forma, a **tabela 7b** apresenta os alimentos que devem ser consumidos com moderação, ou seja, em pouca quantidade. Incluem as carnes de

gado e porco, sal, açúcar e óleos e preparações culinárias feitas de alimentos in natura ou minimamente processados que utilizam o óleo como base e apresentam maior teor energético, como as frituras de cereais, raízes e tubérculos. A **tabela 7c** apresenta os alimentos que devem ser consumidos em muito pouca quantidade. Incluem os alimentos processados, como pães, queijos, enlatados e carnes e peixes adicionados de sal, e as preparações culinárias feitas com esses alimentos ou que utilizam o açúcar como base, como a feijoada e o pudim de leite, devem ser consumidos ainda em menor quantidade.

Considerando que a recomendação é evitar o consumo de alimentos ultraprocessados, como bebidas açucaradas, macarrão instantâneo, barras de cereais e refeições congeladas prontas para consumo (massas, pizzas e hambúrguer), e que não há recomendações específicas para seu consumo, esses alimentos não foram incluídos na tabela de recomendações. Para auxiliar o (a) nutricionista na estimativa da ingestão de energia proveniente desses alimentos pelo indivíduo, apresentamos a quantidade de calorias de alguns alimentos ultraprocessados na **tabela 8**.

Abaixo apresentamos os passos dessa proposta para elaboração do plano alimentar individualizado na prática. Nesses passos, consideramos que as etapas descritas anteriormente (nesse e nos capítulos anteriores) foram previamente consideradas.

- Avaliar o hábito alimentar¹⁰ do indivíduo (ver **Capítulo 4 Avaliação Alimentar e Nutricional**);
- Identificar o número de porções consumidas de cada alimento utilizando as medidas caseiras e as quantidades em g e ml disponíveis na **tabela 7**;
- Estimar o consumo de energia e nutrientes utilizando a **tabela 6**;
- Considerando os alimentos consumidos habitualmente pelo indivíduo, elaborar o plano alimentar individualizado realizando as modificações que foram acordadas com o indivíduo e que respeitem seu hábito e suas preferências alimentares.

¹⁰ O objetivo é avaliar o plano alimentar do indivíduo e seu estilo de vida.

Exemplo

As duas primeiras colunas apresentam os alimentos e as quantidades consumidas pelo indivíduo conforme avaliação alimentar. A terceira coluna apresenta as porções que essas quantidades representam considerando as informações disponíveis na [tabela 7](#). A quarta coluna mostra as calorias estimadas de acordo com as porções considerando as informações disponíveis na [tabela 6](#).

A partir dessas informações, o (a) nutricionista irá realizar as modificações necessárias utilizando as [tabelas 6 e 7](#) e em conjunto com o indivíduo.

Informações obtidas pelo Inquérito alimentar		Informações estimadas utilizando as tabelas	
Alimentos	Quantidades	Porções (tabela 5.3)	Kcal (tabela 5.2)
Banana	1 unidade média	1	60
Café	1/2 xícara	1	0
Leite integral	1/2 xícara	0,50	60
Pão francês	1 unidade	1	150
Manteiga	1 ponta de faca	1	40
Arroz	5 colheres de sopa	2	150
Feijão	1 concha média	1	60
Carne de gado	2 pedaços médio	2	150
Tomate cru	1 unidade média	1	15
Couve refogada	3 colheres de sopa	1	20
Ovo	1 unidade	1	70
Batata	2 unidades médias	2	150
Manteiga	1 colher de sopa	1	40
Tomate cru	1 unidade média	1	15
Laranja	1 unidade	1	60

11

TAMANHO DAS PORÇÕES

Muitos alimentos ultraprocessados são vendidos em embalagens com alegações de serem porções únicas ou individuais para serem consumidos em um único momento. Contudo, essas porções estão cada vez maior e incentivam o consumo excessivo.

Uma revisão sistemática recente mostrou que indivíduos tendem a comer mais quando têm acesso a porções maiores e a alimentos servidos em pratos ou pacotes maiores. O estudo estimou que se as porções gigantes fossem eliminadas, seria possível reduzir o consumo em cerca de 16% entre adultos ingleses e em até 29% entre adultos americanos.

Além disso, muitos desses alimentos apresentam medidas caseiras fracionadas, exigindo que os indivíduos façam cálculos para saber o quanto de calorias ou nutrientes estão consumindo.

[HOLLANDS, G. J.; SHEMILT, I. et al. Portion, package or tableware size for changing selection and consumption of food, alcohol and tobacco. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 9.](#)

¹¹ Proposta de tabela (valores meramente ilustrativos) – em construção.

Tabela 7a – Quantidades em medidas caseiras dos principais alimentos que devem ser consumidos como base da alimentação (alimentos in natura e minimamente processados crus, cozidos, refogados, assados).

Consumir como base da alimentação				
Grupos	Porção de referência (kcal)	Alimentos	Medida caseira	Quantidade (g)
Cereais	130	Arroz branco cozido	2 colheres de arroz/servir	90
		Arroz integral cozido	2 colheres de arroz/servir	100
		Macarrão	2 colheres de arroz/servir	90
		Milho cozido	2 colheres de arroz/servir	76
Farinha	120	Farinha de mandioca	1 colher de arroz/servir	33
Raízes e tubérculos	75	Batata doce cozida	1 colher de arroz/servir	100
		Batata inglesa cozida	1 colher de arroz/servir	60
		Mandioca cozida	1 colher de arroz/servir	60
Leguminosas	130	Feijão cozido (preto, mulatinho, roxo, rosinha)	1 concha	140
		Feijão verde ou de corda	3 colheres de arroz/servir	105
		Lentilha cozida	3 colheres de arroz/servir	96
Verduras	10	Alface	3 folhas	30
		Couve	2 colheres de sopa	40
		Repolho	2 colheres de sopa	20
		Salada crua	2 colheres de sopa	40
Legumes crus	10	Cenoura	2 colheres de sopa	24
		Pepino	2 colheres de sopa	36
		Tomate	2 colheres de sopa	60
Legumes cozidos	15	Abóbora	2 colheres de sopa	72
		Cenoura	2 colheres de sopa	50
		Chucu	2 colheres de sopa	40
Frutas	70	Abacaxi	2 fatias	150
		Banana	1 unidade	75
		Laranja	1 unidade	180
		Maçã	1 unidade	150
		Mamão	1 fatia	170
		Manga	1 unidade	140

		Melancia	1 fatia	200
		Tangerina	1 unidade	135
		Uva	1 cacho	170
Lácteos	75	Leite de vaca integral	1/2 copo de requeijão	120
		Leite de vaca desnatado	1 copo de requeijão	240
		Iogurte natural	1/2 copo de requeijão	120
Ovos	70	Ovo de galinha	1 unidade	45
Frango	155	Sobrecoxa	1 unidade média	65
		Coxa	1 unidade grande	55
		Peito desfiado	3 colheres de sopa	60
Vísceras	85	Miudos de galinha	1 colher de sopa	50
Peixes	140	Peixe de água doce	1 filé	120
		Peixe de mar	1 filé	120
Pescados	35	Camarão	1 colher de arroz/servir	35
		Siri	2 unidades	32
		Marisco	1 colher de sopa	20

* Medidas caseiras e quantidades em g ou ml são apresentadas por porção em kcal do respectivo grupo.

Fonte:

Tabela 7b – Quantidades em medidas caseiras dos principais alimentos que devem ser consumidos com moderação, ou seja, em pouca quantidade.

Consumir com moderação				
Grupo	Porção de referência (kcal)	Alimento	Medida caseira	Quantidade (g ou ml)
Castanhas	55	Castanha do pará	2 unidades	8
		Castanha de caju	4 unidades	10
		Amendoins	1 colher de sopa	16
		Nozes	2 unidades	10
Carnes vermelhas	200	Carne bovina	1 bife ou filé	100
		Carne bovina	1 bife ou pedaço pequeno	80
		Carne suína	3 unidades de costelas	75
		Carne suína	1 bife de bisteca	70
Óleos e gorduras	45	Óleo vegetal	1 colher de sobremesa	5
		Azeite de Oliva	1 colher de sobremesa	5
		Manteiga	1 ponta de faca	5
Açúcar	20	Açúcar	1 colher de chá	5
		Mel	1 colher de sobremesa	9

* Medidas caseiras e quantidades em g ou ml são apresentadas por porção em kcal do respectivo grupo.

Fonte:

Tabela 7c – Quantidades em medidas caseiras dos principais alimentos que devem ser consumidos em muito pouca quantidade.

Consumir em menor quantidade				
Grupos	Porção de referência (kcal)	Alimentos	Medida caseira	Quantidade (g ou ml)
Pães	130	Pão francês	1 unidade	50,0
		Pão integral	2 rodela ou fatias	50,0
		Pão de queijo	2 unidades	40,0
Queijo	75	Queijo muçarela	1 fatia	20,0
		Queijo prato	1 fatia	15,0
		Queijo de minas	1 fatia pequena	25,0
Carnes adicionadas de sal	90	Atum enlatado	3 colheres de sopa	48,0
		Sardinha enlatada	1 unidade	41,5
		Carne seca	1 colher de arroz/servir	28,0
Conserva de legumes, verduras e outros	20	Ervilha em conserva	1 colher de sopa	27,0
		Pepino em conserva	1 unidade	100,0
		Milho em conserva	1 colher de sopa	24,0
		Repolho	2 colheres de sopa	40,0
Fruta em calda de açúcar	35	Doce de fruta em calda	1 colher de sopa	48,0

* Medidas caseiras e quantidades em g ou ml são apresentadas por porção em kcal do respectivo grupo.

Fonte:

Tabela 8 – Porção e valor médio de calorias de alimentos ultraprocessados.

Alimentos ultra-processados				
	kcal por 100g	1 porção em medida caseira	1 porção em g ou ml	Kcal por porção
Bala, pirulito	394	1 unidade	5	20
Barra de cereal	353	1 unidade	25	88
Cereal matinal	377	1 xícara de chá	30	113
Bebida achocolatado	83	1 copo de requeijão	240	199
Bebida láctea	91	1 copo de requeijão	240	219
logurte saborizado	99	1 pote	200	197
Biscoito doce	443	1 unidade	5	22
Biscoito recheado	472	1 unidade	13	61
Biscoito salgado	432	1 unidade	5	22
Biscoito salgado integral	412	1 unidade	5	21
Bolo	312	1 fatia	60	187
Bolo light ou diet	299	1 fatia	60	179
Chocolate em barra	535	1 pedaço (quadrado)	6,3	34
Chocolate light ou diet	539	1 pedaço (quadrado)	6,3	34
Sorvete/picolé	206	1 bola	80	165
Salgadinho (chips)	559	1 pacote	84	469
Margarina	719	1 ponta de faca	5	36
Pão de forma	266	1 fatia	25	67
Pão de forma light ou diet	198	1 fatia	32	63
Pão de hamburguer	279	1 unidade	70	195
Refresco em pó	47	1 copo de requeijão	240	112
Refrigerante	37	1 copo de requeijão	240	88
Bacon	541	1 fatia	15	81
Mortadela	307	1 fatia	15	46
Nuggets de frango	273	1 unidade	23	63
Linguiça	396	1 unidade	60	238
Salsicha	321	1 unidade	31	100
Pizza	281	1 fatia	100	281

REFERÊNCIAS

- AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION. **International Dietetics and Nutritional Terminology (Idnt) Reference Manual**: Standard Language for the Nutrition Care Process. 4th Edition, 2012.
- ACADEMY OF NUTRITION AND DIETETICS. Nutrition Care Process and Model: An Academic and Practice Odyssey. **Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics**, December 2014 Volume 114 Number 12.
- BOOG, M. C. F. Atuação do nutricionista em saúde pública na promoção da alimentação saudável. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 33-42, jan./jun. 2008.
- BRASIL. Lei nº 8.234, de 17 de setembro de 1991. Regulamenta a profissão de Nutricionista e determina outras providências. **Diário Oficial** [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 18 de setembro de 1991, Seção 1, p. 19909. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1989_1994/L8234.htm
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para cuidado da pessoa com doença crônica**: obesidade. Caderno de Atenção Básica n 38. Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. **Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas**. Brasília, 2012.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. **Educação Alimentar e Nutricional**: o direito humano a alimentação adequada e o fortalecimento de vínculos familiares nos serviços socioassistencial. Caderno Teórico. Brasília, 2015.
- CERVATO-MANCUSO, A. M. Elaboração de programas de Educação Nutricional. In: Garcia, RWD; Cervato-Mancuso AM. (Org.). **Mudanças alimentares e Educação Nutricional**. 1 ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A., 2011, v. , p. 187-197.
- CARVALHO, M. C. V. S.; ARMOND, S. S. Estratégias de educação alimentar e nutricional no contexto de promoção de saúde. In: BARROS, D.C; SILVA, D.O; SANTOS, M. M. A. S; BAIÃO, M.R.. (Org.). **Alimentação e Nutrição**: fundamentos para prática em saúde coletiva. 1ed.Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013, v. 1, p. 39-58.

CULLEN, K. W.; BARANOWSKI, T.; SMITH, S. P. Using goal setting as a strategy for dietary behavior change. **J Am Diet Assoc.** 2001 May;101(5):562-6.

MOUBARAC, J. C.; CLARO, R. M.; BARALDI, L. G.; LEVY, R. B.; MARTINS, A. P.; CANNON, G.; MONTEIRO, C. A. International differences in cost and consumption of ready-to-consume food and drink products: United Kingdom and Brazil, 2008-2009. **Glob Public Health.** 2013;8(7):845-

RODRIGUES, E. M., SOARES, F. P. T. P., BOOG, M. C. F. Resgate do conceito de aconselhamento no contexto do atendimento nutricional. **Rev. Nutr.**, Campinas, 18(1):119-128, jan./fev., 2005.

SOUSA, A. A.; PROENÇA, R. P. C. La gestion des soins nutritionnels dans le secteur hospitalier: une étude comparative Brésil-France. **Rech Soins Infirm** 2005; 83:28-33. Disponível em: <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2005-4-page-28.htm>

VITOLLO, M. R., **Nutrição: da gestação ao envelhecimento.** 2 edição. Ed. Rubio, 2015.

WEBB, D. AND BYRD-BREDBENNER, C. Overcoming Consumer Inertia to Dietary Guidance. **Adv Nutr** 2015;6:391-6.

PARA CONHECER MAIS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO (ASBRAN); Fidelix MSP, organizadores. **Manual Orientativo: Sistematização do cuidado de nutrição.** São Paulo: Asbran; 2014.

BOOG, M. C. F. Educação nutricional: passado, presente, futuro R. Nutr. **PUCAMP**, Campinas, 10(1): 5-19, jan./jun., 1997.

DERAM, S. **O peso das dietas: emagreça de forma sustentável dizendo não às dietas.** 2014

GARCIA, R.W. Um enfoque simbólico do comer e da comida. Revista de Nutrição da **PUCAMP**, Campinas, v.5, n.1, p.70-80,1992.

GREENE, G. W.; ROSSI, S. R.; ROSSI, J. S. et al. Dietary applications of the stages of change model. **J Am Diet Assoc**, 1999; 9 (6):673-678.

HOLLI, B. B.; MAILLET, J. O. S.; BETO, J. A.; CALABRESE, R. J. **Communication and education skills for dietetics professionals.** Lippincott Williams & Wilkins. 5th ed. 2009.

HORWATH, C. C. Applying the transtheoretical model to eating behaviour change: challenges and opportunities. **Nutr Res Rev**, 1999; 12:281-317.

MILLER, W.; ROLLNICK, S. **Entrevista motivacional: preparando as pessoas para a mudança de comportamento adictivos**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A ALIMENTAÇÃO E A AGRICULTURA. **O estado da segurança alimentar e nutricional no Brasil**. Um retrato multidimensional: relatório 2014. Brasília, 2014. Disponível em: https://www.fao.org.br/download/SOFI_p.pdf.

PROCHASKA, J. O.; VELICER, W. F.; ROSSI, J. S. et al. Stages of changes and decisional balance for 12 problem behaviors. **Health Psychol**, 1994; 13 (1): 39=46.

Writing Group of the Nutrition Care Process/Standardized Language Committee. Nutrition care process and model part I: the 2008 update. **Journal of the American Dietetic Association**. July 2008, 108(7):1113-1117.

Writing Group of the Nutrition Care Process/Standardized Language Committee. Nutrition care process part II: using the International Dietetics and Nutrition Terminology to document the nutrition care process. **Journal of the American Dietetic Association**. August 2008, 108(8):1287-1293.

- Código de Ética do Nutricionista - RESOLUÇÃO CFN Nº 334/2004, ALTERADA PELA RESOLUÇÃO CFN Nº 541/2014. Disponível em: <http://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/2015/05/RESOL-CFN-334-CODIGO-ETICA-NUTRICIONISTA-RETIFICADA-3.pdf>
- Utilização pelo Nutricionista de Equipamentos para Diagnóstico Nutricional e Monitoramento de Evolução. Disponível em: <http://www.crn3.org.br/Areas/Admin/Content/upload/file-0711201581658.pdf>
- Solicitação de Exames laboratoriais pelo nutricionista. Disponível em: <http://www.crn3.org.br/Areas/Admin/Content/upload/file-07112015.pdf>
- Prescrição de suplementos nutricionais. Disponível em: <http://www.crn3.org.br/Areas/Admin/Content/upload/file-071120158314.pdf>
- A Conduta Ética do Nutricionista nas Redes Sociais. Disponível em: <http://www.crn6.org.br/pdf/folders/folder-redes-sociais-2015.pdf>
- O nutricionista e a prescrição de suplementos nutricionais. Disponível em: <http://www.crn1.org.br/wp-content/uploads/2015/04/CRN1-Suplementos.pdf?5d1db3>
- Esclarecimentos sobre a solicitação de exames laboratoriais por nutricionistas. Disponível em: <http://www.crn1.org.br/wp-content/uploads/2015/09/Esclarecimentos-Exames-Laboratoriais.pdf?e89d7b>
- Atuação do Nutricionista em fitoterapia. Disponível em: <http://www.crn1.org.br/wp-content/uploads/2015/04/CRN1-Fitoterapia.pdf?5d1db3>
- O nutricionista em Instituições de Longa Permanência para Idosos. Disponível em: <http://crn3.org.br/Areas/Admin/Content/upload/tiny->

05072016122848.pdf

- O nutricionista na Saúde Coletiva. Disponível em: http://crn3.org.br/Areas/Admin/Content/upload/folders/CRN3_FOLDER_NUTRI_SAUDE_PUBLICA_AF1_0413.pdf
- Nutricionista em hospitais. Disponível em: http://crn3.org.br/Areas/Admin/Content/upload/folders/AF_CRN3-0015-FOLDER_HOSPITAIS_1217.pdf

VERSÃO PRELIMINAR

APÊNDICE A

Visando contribuir para a organização da atenção nutricional, a Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN), do Ministério da Saúde (MS), iniciou o processo de elaboração da publicação “Orientações para o cuidado nutricional: nutricionistas” destinado aos nutricionistas que atuam em diferentes serviços das Redes de Atenção à Saúde.

Para promover a construção coletiva e proporcionar a ampla participação e discussão do conteúdo do documento, a CGAN organizou diferentes etapas que têm contribuído para a construção do material: organização de um grupo de trabalho, chamada de materiais existentes para apoiar a elaboração do material, realização de oficina de escuta e discussão, disponibilização de um formulário para coleta de informações e opiniões de nutricionistas.

Etapa 1 – Formação de um grupo de trabalho (GT)

Em agosto de 2014, a CGAN organizou um Grupo de Trabalho (GT), composto por nutricionistas técnicos da Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN/DAB/SAS/MS), para planejar, organizar e elaborar o Manual de Planejamento. O GT iniciou as atividades em setembro de 2014 com reuniões realizadas semanalmente até novembro de 2014.

As pautas das reuniões incluíram discussão do escopo e dos conteúdos do material, apresentação e discussão das propostas de textos dos capítulos, apresentação e discussão das tabelas e recomendações nutricionais, planejamento e organização da Oficina de Escuta, discussão e elaboração das questões do formulário disponibilizado na plataforma FormSUS, avaliação e discussão dos materiais enviados por

Guia Alimentar para a população brasileira

•••

O Guia apresenta uma abordagem qualitativa da alimentação, sem destacar quantidades e porções. Recomendações e orientações com uma abordagem mais quantitativa, em casos específicos, são fundamentais e devem ser realizadas de forma individualizada pelo profissional nutricionista, considerando a realidade social, econômica e cultural dos usuários. Para atender esse objetivo e as diversas solicitações recebidas durante a Consulta Pública do Guia Alimentar, está sendo desenvolvido o Manual de Planejamento Dietético no SUS.

Fonte: Guia alimentar para a população brasileira: relatório final da consulta pública. http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_alimentar2015.pdf

profissionais de saúde em resposta à Chamada de Materiais do Manual de Planejamento, entre outros.

Etapa 2 – Chamada de materiais de apoio

Entre agosto e setembro de 2014, a CGAN publicou uma chamada de materiais de apoio ao Manual de Planejamento com o objetivo de realizar um levantamento de materiais de planejamento dietético, medidas caseiras e porções de alimentos elaborados por profissionais de saúde, universidades, centros de pesquisas, entre outros. A chamada foi divulgada na Rede Nutri, Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), Conselho Federal de Nutricionistas e Conselhos Regionais de Nutricionistas, lista de emails das Coordenações dos Cursos de graduação de Nutrição e outros meios de comunicação.

Profissionais nutricionistas que atuam nos diferentes setores e em diferentes regiões do país enviaram mensagens de apoio à elaboração do Manual e informações de materiais já publicados como manuais, livros e cartilhas que têm sido utilizados na prática por pesquisadores e profissionais. Os materiais estão sendo avaliados pelo GT do Manual de Planejamento.

Etapa 3 – I Oficina de Planejamento Dietético no Sistema Único de Saúde

A oficina foi realizada nos dias 14 e 15 de outubro de 2014 em Brasília/DF e contou com a participação de nutricionistas de diferentes setores (atenção básica, ambulatorial, hospitalar, Conselho Federal de Nutricionistas, Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição, Organização Pan-Americana de Saúde, Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição) e regiões do país. A oficina foi dividida em cinco etapas:

- Etapa 1 – Apresentação do “Guia Alimentar para a População Brasileira” e dos objetivos da elaboração do “Manual de Planejamento Dietético no Sistema Único de Saúde” por técnicos da CGAN.
- Etapa 2 - Dinâmica em grupo com questões norteadoras para verificação do cenário atual do que é feito na prática. Nesse momento, grupos de trabalho foram criados para discutir as seguintes questões: Qual é o método (instrumentos e referências) que você utiliza na sua prática em relação: à avaliação, às recomendações nutricionais, ao diagnóstico, à orientação e ao acompanhamento? Quais tópicos (conteúdo) que você acha que deveriam ser abordados no material de apoio ao planejamento dietético?
- Etapa 3 – Discussão das questões norteadoras. As discussões dos grupos foram relatadas em uma plenária com exposição dos diferentes pontos de vista e observações resultantes dos debates em grupo.
- Etapa 4 – Apresentação da proposta do Manual de Planejamento por técnicos da CGAN.
- Etapa 5 – Discussão em grupo do escopo apresentado, com exposição dos diferentes pontos de vista e observações de cada profissional.

Os resultados da oficina estão orientando a elaboração do “Manual de Planejamento Dietético no Sistema Único de Saúde”.

Dia 14 de outubro	
8h30	Dinâmica de apresentação
9h30 às 10h	Apresentação do Guia Alimentar e processo de elaboração do manual
10h às 12h	Dinâmica em grupo com questões norteadoras para verificação do cenário atual do que é feito na prática.
12h às 13h30	Almoço
13h30 às 17h	Apresentação dos grupos e discussão das questões
Dia 15 de outubro	
8h30	Início
9h às 10h	Apresentação da proposta do Manual de Planejamento Dietético
10h às 12h	Discussão do escopo e recomendações nutricionais (IOM e OMS)
12h às 13h30	Almoço
13h30 às 16h30	Discussão das tabelas (parte quantitativa)
16h30 às 17h	Avaliação da Oficina

Etapa 4 – Levantamento de informações e opiniões

Entre outubro e novembro de 2014, o GT elaborou um formulário eletrônico, o FormSUS, disponibilizado em um endereço do DATASUS. O objetivo do formulário foi coletar informações e opiniões de nutricionistas que atuam nos diferentes serviços das Redes de Atenção à Saúde. As questões foram divididas em quatro blocos: Sobre você, Queremos saber sobre a sua prática, Queremos saber a sua opinião – nesse tópico, foi questionado quais conteúdos/métodos são essenciais no material - , Comentários finais.

O formulário foi disponibilizado na plataforma no dia 01 de dezembro de 2014 até 09 de janeiro de 2015, sendo divulgado pela plataforma da Rede Nutri, Conselho Federal de Nutricionistas e Conselhos Estaduais de Nutricionistas, lista de coordenações de curso de nutrição, entre outros. O total, **429 formulários foram preenchidos**, sendo 415 por nutricionistas. As respostas foram avaliadas pelo GT para contribuir na elaboração do material.

Perguntas do formulário:

1. Além da obesidade, hipertensão e diabetes, quais são os agravos e estilos de vida mais prevalentes na sua prática?

() Vegetarianismo () Doença renal () Transtorno alimentar () Alergia ou intolerância alimentar () Dislipidemia () Outro(s): _____

Comentários: _____

2. Quais indicadores você utiliza na sua rotina para subsidiar a avaliação nutricional?

() peso corporal () estatura () IMC () Prega cutânea tricipital () prega cutânea subescapular () circunferência da cintura () razão cintura/altura () perímetro da panturrilha () outro(s): _____

3. Além da avaliação antropométrica e dietética, quais outros fatores você avalia para realizar o diagnóstico nutricional?

() Comportamento () Ambiente () Cultura () Socioeconômico () Bioquímica () Física () Avaliação Subjetiva Global () Outros

Se sim, como? _____

4. Qual é a recomendação que você utiliza na prática?

() DRI () OMS () DRI e OMS () Outro(s): _____ Comentários: _____

5. Como você realiza o planejamento dietético na prática?

() prescrição dietética individual () orientações gerais individuais () orientações gerais em grupos () orientação por meio de metas individuais () orientações por meio de metas em grupos () orientações usando grupos alimentares e porções () Outro(s): _____

6. Qual é o método (instrumentos e referências) que você gostaria que fosse incluído no manual de Planejamento Dietético em relação à(ao):

6.1 Avaliação

6.2 Recomendações

6.3 Diagnóstico

6.4 Orientações

6.5 Acompanhamento (manutenção)

Etapa 5 – Construção

Atualmente, o GT foi recomposto e está realizando reuniões periódicas para consolidação do material; revisão das contribuições recebidas; aperfeiçoamento dos instrumentos para abordagem quantitativa e construção de fluxogramas e quadros-sínteses. O GT também elaborará formulários, por capítulos, para registro das contribuições na validação externa a ser realizada em parceria com o Conselho Federal de Nutrição.

Etapa 6 – Validação externa (Conselho Federal de Nutrição/Conselhos Regionais de Nutrição)

Planejamento da Oficina

Tema: Discussão do Manual de Planejamento Dietético no SUS

Objetivos:

- Avaliar a proposta do material;
- Fomentar a discussão do conteúdo;
- Registrar formulário de contribuições;

- Elaborar posicionamento das oficinas.

Local: Conselhos Regionais de Nutrição (10).

Público-Alvo: Nutricionistas Hospitais Gerais e Especializados, Policlínicas, Unidades Básicas de Saúde, Núcleos de Apoio à Saúde da Família, Centros de Atenção Psicossocial, Residências terapêuticas, Unidades de Urgência e Emergência, Atenção Especializada Ambulatorial, Atenção Domiciliar, entre outros.

Número de participantes: 35 participantes

Material necessário: papel A4, caneta, Datashow, computador, 30 cadeiras, lista de presença, sala.

Tempo de exposição: 30 minutos (20 minutos para apresentação + 10 minutos para considerações)

Metodologia:

Exposição geral sobre a proposta do material

Exposição da dinâmica de grupo e separação dos grupos por capítulo (1 a 5)

Discussão e preenchimento de formulário

Apresentação e elaboração de posicionamento do grupo

Considerações finais e Encerramento

Cada participante deverá ler previamente todos os capítulos do Manual. Na oficina, os participantes serão divididos em 5 grupos com 6 pessoas cada. Cada grupo deverá eleger um relator e um coordenador. As atividades do coordenador e do relator são:

- Relator: registrar as contribuições no formulário, de acordo com o seu capítulo, e apresentação para a plenária (30 minutos para cada grupo)

- Coordenador: controlar o tempo, fazer a discussão para responder as perguntas sobre o capítulo, dividindo o tempo disponível, fazer inscrições das falas, se necessário.

Etapa 7 – Validação final com especialistas

Os formulários preenchidos serão consolidados e sistematizados para elaboração de relatório final. O critério de inclusão das contribuições será a pertinência e relevância com relação à temática e ao conteúdo do Guia Alimentar para a População Brasileira.

Etapa 8 – II Oficina de Planejamento Dietético no Sistema Único de Saúde

Conforme acordado na I Oficina, o material será disponibilizado para discussão e contribuições dos profissionais que contribuíram na elaboração da proposta do Manual. O formato da II Oficina ainda está em construção.

Etapa 9 – Normalização do material e diagramação

O Ministério da Saúde possui uma Coordenação de Gestão Editorial/Editora MS, criada em 1998, que tem a responsabilidade de editar livros, manuais, relatórios, periódicos e outros produtos informacionais imprescindíveis à gestão federal do Sistema Único de Saúde, à consecução de suas atividades, ações e programas desenvolvidos nas esferas estadual e municipal, na sociedade, principalmente considerando-se a intenção da participação e do controle social em relação ao setor Saúde. A versão final da publicação foi submetida à normalização e à revisão pela editora do Ministério da Saúde para, posterior, divulgação dele.

Etapa 10 – Impressão e divulgação

VERSÃO PRELIMINAR

APÊNDICE B

Exemplo de cardápio baseado em alimentos in natura e minimamente processados.

Café-da-manhã	 <p>Café com leite, bolo de milho e melão</p>	 <p>Café com leite, cuscuz e manga</p>	 <p>Leite, cuscuz, ovo de galinha e banana</p>	 <p>Café com leite, pão de queijo e mamão</p>	 <p>Café com leite, tapioca e banana</p>	 <p>Café, pão integral com queijo e ameixa</p>	 <p>Suco de laranja natural, pão francês com manteiga e mamão</p>	 <p>Café com leite, bolo de mandioca, queijo e mamão</p>
Almoço	 <p>Alface e tomate, arroz, feijão, berinjela e suco cupuaçu</p>	 <p>Alface, arroz, lentilha, pernil, batata, repolho e abacaxi</p>	 <p>Alface, tomate, feijão, farinha de mandioca, peixe e cocada</p>	 <p>Arroz, feijão, angu, abóbora, quiabo e mamão</p>	 <p>Arroz, feijão, coxa de frango assada, beterraba e polenta com queijo</p>	 <p>Arroz, feijão, omelete e jiló refogado</p>	 <p>Feijoada, arroz, vinagrete de cebola e tomate, farofa, couve refogada e laranja</p>	 <p>Salada de tomate, arroz, feijão, bife grelhado e salada de frutas</p>

Pequenas Refeições	 <p>logurte natural com fruta</p>	 <p>Castanhas</p>	 <p>Salada de frutas</p>	 <p>Vitamina de mamão com leite</p>	 <p>Omelete com legumes</p>	 <p>Bolo de fubá</p>	 <p>Quibe de carne assado com nozes</p>	 <p>Pão de abóbora</p>
Jantar	 <p>Arroz, feijão, carne moída com legumes</p>	 <p>Arroz, feijão, coxa de frango, repolho, moranga e laranja</p>	 <p>Alface, tomate, arroz, feijão, omelete, mandioca de forno</p>	 <p>Arroz, feijão, peito de frango, abóbora com quiabo e compota de jenipapo</p>	 <p>Arroz, feijão, fígado bovino e abobrinha refogada</p>	 <p>Salada de folhas, arroz, feijão, ovo e maçã</p>	 <p>Salada de folhas, macarrão e galetos</p>	 <p>Sopa de legumes, farinha de mandioca e açaí</p>

Fonte: Adaptado de BRASIL (2014).

APÊNDICE D

Classificação dos alimentos

GRUPO	O QUE SÃO?	PROPÓSITO DO PROCESSAMENTO	EXEMPLOS TÍPICOS	OUTROS EXEMPLOS	OBSERVAÇÃO
Alimentos in natura ou minimamente processados	<p>Alimentos in natura são partes comestíveis de plantas (sementes, frutos, folhas, caules, raízes) ou de animais (músculos, vísceras, ovos, leite) e também cogumelos e algas e a água logo após sua separação da natureza.</p> <p>Alimentos minimamente processados são alimentos in natura submetidos a processos como remoção de partes não comestíveis ou não desejadas dos alimentos e outros processos que não envolvem a adição de substâncias como sal, açúcar, óleos ou gorduras ao alimento in natura.</p>	<p>Aumentar a duração dos alimentos in natura permitindo a sua estocagem por mais tempo. Outros propósitos incluem facilitar ou diversificar a preparação culinária dos alimentos (como na remoção de partes não comestíveis, fracionamento e trituração ou moagem dos alimentos) ou modificar o seu sabor (como na torra de grãos de café ou de folhas de chá e na fermentação do leite para produção de iogurtes).</p>	<p>Legumes, verduras, frutas, batata, mandioca e outras raízes e tubérculos in natura ou embalados, fracionados, refrigerados ou congelados; arroz branco, integral ou parboilizado, a granel ou embalado; milho em grão ou na espiga, grãos de trigo e de outros cereais; feijão de todas as cores, lentilhas, grão de bico e outras leguminosas; cogumelos frescos ou secos; frutas secas, sucos de frutas e sucos de frutas pasteurizados e sem adição de açúcar ou outras substâncias ou aditivos; castanhas, nozes, amendoim e outras oleaginosas sem sal ou açúcar; cravo, canela, especiarias em geral e ervas frescas ou secas; farinhas</p>	<p>Itens de consumo alimentar compostos por dois ou mais alimentos deste grupo (como granola de cereais, nozes e frutas secas, desde que não adicionada de açúcar, mel, óleo, gorduras ou qualquer outra substância) e alimentos deste grupo enriquecidos com vitaminas e minerais, em geral com o propósito de repor nutrientes perdidos durante o processamento do alimento in natura (como a farinha de trigo ou de milho enriquecida com ferro e ácido fólico).</p>	<p>Alimentos do grupo 1 quando adicionados de aditivos que preservam as propriedades originais do alimento, como antioxidantes usados em frutas desidratadas ou legumes cozidos e embalados a vácuo, e estabilizantes usados em leite ultrapasteurizado permanecem classificados no grupo 1.</p>

Ingredientes culinários processados

Este grupo inclui substâncias extraídas diretamente de alimentos do grupo 1 ou da natureza e consumidas como itens de preparações culinárias. Os processos envolvidos com a extração dessas substâncias incluem prensagem, moagem, pulverização, secagem e refino.

Criação de produtos que são usados nas cozinhas das casas ou de restaurantes para temperar e cozinhar alimentos do grupo 1 e para com eles preparar pratos salgados e doces, sopas, saladas, conservas, pães caseiros, sobremesas, bebidas e preparações culinárias em geral.

Sal de cozinha extraído de minas ou da água do mar; açúcar, melado e rapadura extraídos da cana de açúcar ou da beterraba; mel extraído de favos de colmeias; óleos e gorduras extraídos de alimentos de origem vegetal ou animal (como óleo de soja ou de oliva, manteiga, creme de leite e banha), amido extraído do milho ou de

de mandioca, de milho ou de trigo e macarrão ou massas frescas ou secas feitas com essas farinhas e água; carnes de boi, de porco e de aves e pescados frescos, resfriados ou congelados; frutos do mar, resfriados ou congelados; leite pasteurizado ou em pó, iogurte (sem adição de açúcar ou outra substância); ovos; chá, café e água potável.

Produtos compostos por duas substâncias pertencentes ao grupo (como manteiga com sal) e produtos compostos por substâncias deste grupo adicionadas de vitaminas ou minerais (como o sal iodado). Vinagres obtidos pela fermentação acética do álcool de vinhos e de outras bebidas alcoólicas também são classificados no grupo

Produtos do grupo 2 quando adicionados de aditivos para preservar suas propriedades originais, como antioxidantes usados em óleos vegetais e antiemectantes usados no sal de cozinha, ou de aditivos que evitam a proliferação de micro-organismos, como conservantes usados no

<p>Alimentos processados</p>	<p>Este grupo inclui produtos fabricados com a adição de sal ou açúcar, e eventualmente óleo, vinagre ou outra substância do grupo 2, a um alimento do grupo 1, sendo em sua maioria produtos com dois ou três ingredientes. Os processos envolvidos com a fabricação desses produtos podem envolver vários métodos de preservação e cocção e, no caso de queijos e de pães, a fermentação não alcoólica.</p>	<p>Aumentar a duração de alimentos in natura ou minimamente processados ou modificar seu sabor, portanto semelhante ao propósito do processamento empregado na fabricação de alimentos do grupo 1.</p>	<p>outra planta.</p> <p>Alimentos processados: conservas de hortaliças, de cereais ou de leguminosas, castanhas adicionadas de sal ou açúcar, carnes salgadas, peixe conservado em óleo ou água e sal, frutas em calda, queijos e pães.</p>	<p>2, neste caso pela semelhança de uso com outras substâncias pertencentes ao grupo.</p> <p>Produtos do grupo 3 quando adicionados de aditivos para preservar suas propriedades originais, como antioxidantes usados em geleias, ou para evitar a proliferação de micro-organismos, como conservantes usados em carnes desidratadas, permanecem classificados no grupo 3.</p>	<p>vinagre, permanecem classificados no grupo 2.</p> <p>Caso bebidas alcoólicas sejam consideradas como parte da alimentação, aquelas fabricadas pela fermentação alcoólica de alimentos do grupo 1, como vinho, cerveja e cidra, são classificadas no grupo 3 da classificação NOVA.</p>
<p>Alimentos ultraprocessados</p>	<p>Este grupo é constituído por formulações industriais feitas tipicamente com cinco ou mais ingredientes. Esses ingredientes incluem substâncias e aditivos usados na fabricação de alimentos processados como açúcar, óleos, gorduras e sal, além de antioxidantes, estabilizantes e conservantes. Substâncias apenas encontradas em alimentos ultraprocessados incluem algumas extraídas</p>	<p>Criar produtos industriais prontos para comer, para beber ou para aquecer que sejam capazes de substituir tanto alimentos não processados ou minimamente processados que são naturalmente prontos para consumo, como frutas e castanhas, leite e água, quanto pratos, bebidas, sobremesas e preparações culinárias em geral. Hiper-palatibilidade, embalagens sofisticadas e atrativas, publicidade</p>	<p>Refrigerantes e pós para refrescos; 'salgadinhos de pacote'; sorvetes, chocolates, balas e guloseimas em geral; pães de forma, de hot-dog ou de hambúrguer; pães doces, biscoitos, bolos e misturas para bolo; 'cereais matinais' e 'barras de cereal'; bebidas 'energéticas', achocolatados e bebidas com sabor de frutas; caldos liofilizados com sabor de carne, de frango ou de legumes; maioneses e outros molhos</p>	<p>Produtos compostos apenas por alimentos do grupo 1 ou do grupo 3 quando esses produtos contiverem aditivos com função de modificar cor, odor, sabor ou textura do produto final como iogurte natural com edulcorante artificial e pães com emulsificantes.</p>	<p>Caso bebidas alcoólicas sejam consideradas parte da alimentação, aquelas fabricadas por fermentação de alimentos do grupo 1 seguida da destilação do mosto alcoólico, como cachaça, uísque, vodca e rum, são classificadas no grupo 4 da classificação NOVA.</p>

<p>diretamente de alimentos, como caseína, lactose, soro de leite e glúten, e muitas derivadas do processamento adicional de constituintes de alimentos do grupo 1, como óleos hidrogenados ou interestereificados, hidrolisados proteicos, isolado proteico de soja, maltodextrina, açúcar invertido e xarope de milho com alto conteúdo em frutose. Classes de aditivos apenas encontrados em alimentos ultraprocessados incluem corantes, estabilizantes de cor, aromas, intensificadores de aromas, saborizantes, realçadores de sabor, edulcorantes artificiais, agentes de carbonatação, agentes de firmeza, agentes de massa, antiaglomerantes, espumantes, antiespumantes, glaceantes, emulsificantes, sequestrantes e umectantes.</p>	<p>agressiva dirigida particularmente a crianças e adolescentes, alegações de saúde, alta lucratividade e controle por corporações transnacionais são atributos comuns de alimentos ultraprocessados.</p>	<p>prontos; fórmulas infantis e de seguimento e outros produtos para bebês; produtos liofilizados para emagrecer e substitutos de refeições; e vários produtos congelados prontos para aquecer incluindo tortas, pratos de massa e pizzas pré-preparadas; extratos de carne de frango ou de peixe empanados do tipo nuggets, salsicha, hambúrguer e outros produtos de carne reconstituída, e sopas, macarrão e sobremesas 'instantâneos'.</p>
--	---	--

APÊNDICE D

AVALIAÇÃO NUTRICIONAL SUBJETIVA (ANS) - MODELO

VERSÃO PRELIMINAR

APÊNDICE E

INTERAÇÃO MEDICAMENTO NUTRIENTE - QUADRO

VERSÃO PRELIMINAR

APÊNDICE F

PRESCRIÇÃO DE EXAMES - RESOLUÇÃO

VERSÃO PRELIMINAR