

# PROTOCOLO DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL DE NUTRIÇÃO CLÍNICA HC/UFG-EBSERH

Ana Paula Perillo Ferreira Carvalho  
[Organização]



**UFG** Universidade Federal de Goiás

Reitora

*Angelita Pereira de Lima*

Vice-Reitor

*Jesiel Freitas Carvalho*

Diretora do Cegraf

*Maria Lucia Kons*

---

COLABORAÇÃO:

Alexandre Soares da Silva

Carla Cristina Silva Oliveira

Dayanne Rodrigues Alves

Débora Estevão de Sousa

Erick Danilo Goes Siqueira

Fernanda Marques Paula Faria

Maria Elpídio de Oliveira

Milena Nazaré de Carli

Mikaelly Luiz Silva

Paula Meneses Martins

Rayssa Mayara Ferreira Soares

Thaís Alves Rocha Barros

Vanessa Alves de Araújo

Ysabela da Silva Dias

Grazielle Sarmento Durante Teles

Josimar Barbosa de Sousa Júnior

Marcella Cecília Silva Vieira

# PROTOCOLO DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL DE NUTRIÇÃO CLÍNICA HC/UFG-EBSERH

Ana Paula Perillo Ferreira Carvalho  
[Organização]

**Cegraf UFG**

2022

©Cegraf UFG, 2022

© Ana Paula Perillo Ferreira Carvalho, 2022

Projeto gráfico e capa

*Allyson Moreira Goes*

Revisão Técnica:

*Ana Paula Perillo Ferreira Carvalho; Déborah Patrícia Leal Oliveira;*

*Inaiana Marques Filizola Vaz; Malaine Morais Alves Machado*

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
GPT/BC/UFG

P967    Protocolo de atendimento ambulatorial de nutrição clínica HC/UFG  
EBSERH [Ebook] / Ana Paula Perillo Ferreira Carvalho... [et  
al] - Dados eletrônicos (1 arquivo : PDF). - Goiânia : Cegraf  
UFG, 2022.

Hospital das Clínicas - UFG / EBSERH - Hospitais Universi-  
tários Federais, Goiás.

Inclui referências.

ISBN: 978-85-495-0590-3

1. Nutrologia. 2. Serviço Hospitalar de Nutrição. 3. Hospitais  
- Serviço de alimentação. 4. Guia de Prática Clínica. I. Carvalho, Ana  
Paula Perillo Ferreira.

CDU: 613.2

## **Apresentação**

A partir da necessidade de orientar tecnicamente os profissionais nutricionistas que realizam atendimento nos diferentes ambulatórios de nutrição do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (HC-UFG/EBSERH), surgiu a proposta de construção deste documento. Esse protocolo é uma das produções técnicas da equipe de nutrição do HC-UFG/EBSERH e tem como principal objetivo a sistematização do atendimento ambulatorial em nutrição, visando oferecer um atendimento de melhor qualidade aos usuários de nosso serviço.

Neste protocolo, estão descritos os fluxos internos de encaminhamento e atendimento, solicitação de exames e relatórios nutricionais para prefeituras, bem como as fichas utilizadas nos atendimentos e recomendações, além dos links para acesso às orientações nutricionais, aos manuais sobre alimentação para os pacientes, e também receitas para as diferentes condições clínicas comumente atendidas em nossos ambulatórios.

Esperamos que o conteúdo deste material seja compartilhado com outros serviços e profissionais nutricionistas de forma a contribuir para o atendimento oferecido, fazendo diferença na vida daqueles que procuram ou que necessitam dos cuidados e orientações nutricionais.

Externamos aqui os nossos agradecimentos a toda equipe de nutricionistas e residentes de nutrição, que não apenas sonharam, mas que agiram e colaboraram conosco para que esse projeto se tornasse realidade.

Ana Paula Perillo Ferreira Carvalho

Nutricionista do Hospital das Clínicas (HC/UFG/EBSERH)

## **Autores**

### **ANA PAULA PERILLO FERREIRA CARVALHO**

Nutricionista do Hospital das Clínicas/UFG/EBSERH. Doutora em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina/UFG. Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília. Especialista em atividade física e suas bases nutricionais. Membro do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas/UFG/EBSERH. Preceptora, preceptora e docente do eixo específico de Nutrição do Programa de Residência Multiprofissional do Hospital das Clínicas/UFG/EBSERH. Líder do Grupo de Aprimoramento em Pesquisa na Saúde e Nutrição da Universidade Federal de Goiás. Coordenadora do atendimento nutricional da Liga de Hipertensão Arterial e do ambulatório de Mastologia do HC-UFG/EBSERH.

### **ANA CAROLINA REZENDE DE ASSIS**

Nutricionista do Hospital das Clínicas/UFG/EBSERH. Mestre em Nutrição e Saúde pela Faculdade de Nutrição/UFG. Pós-graduada em Nutrição Clínica e Esportiva pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

### **ANA CLARA MARTINS E SILVA CARVALHO**

Nutricionista do Hospital das Clínicas/UFG/EBSERH. Doutora em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina/UFG. Mestre em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina/UFG. Pós-graduada em Consultoria Alimentar e Nutricional pela Faculdade de Nutrição/UFG. Pós-graduada em Gastronomia e Cozinha Autoral pela Escola de Ciências e Saúde da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Graduada em gastronomia pela Universidade Anhembi Morumbi. Docente e preceptora do eixo específico de Nutrição do Programa de Residência Multiprofissional do Hospital das Clínicas/UFG/EBSERH. Docente do curso de Nutrição da Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Auxiliar de Pesquisa do Grupo de Aprimoramento em Pesquisa na Saúde e Nutrição da Universidade Federal de Goiás.

### **BARBARAH GREGÓRIO DE ARAÚJO SOUZA**

Nutricionista do Hospital das Clínicas/UFG/EBSERH. Mestre em Nutrição e Saúde pela Faculdade de Nutrição/UFG. Preceptora e docente do eixo específico de Nutrição do Programa de Residência Multiprofissional Hospital das Clínicas/UFG/EBSERH.

### **CAMILA MOURA BATISTA FERRO**

Nutricionista do Hospital das Clínicas/UFG/EBSERH. Mestre em Nutrição e Saúde pela Faculdade de Nutrição/UFG. Docente e preceptora do eixo específico de Nutrição do Programa de Residência Multiprofissional do Hospital das Clínicas/UFG/EBSERH.

### **CELMA DIAS BORGES**

Nutricionista do Hospital das Clínicas/UFG/EBSERH. Mestre em Saúde Coletiva pelo Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Federal de Goiás (PRPPG/UFG). Pós-graduada em Fitoterapia Aplicada à Nutrição Clínica pela Faculdade Unyleya.

### **DARLANE FERREIRA DE SOUSA**

Nutricionista do Hospital das Clínicas/UFG/EBSERH. Pós-graduada em Nutrição em Obstetrícia Pediatria e Adolescência pelo Centro Universitário Uniredentor. Preceptora e docente do eixo específico de Nutrição do Programa de Residência Multiprofissional Hospital das Clínicas/UFG/EBSERH.

### **DÉBORAH PATRÍCIA LEAL OLIVEIRA**

Nutricionista do Hospital das Clínicas/UFG/EBSERH. Mestre em Nutrição e Saúde pela Faculdade de Nutrição/UFG. Pós-graduada em Preceptoria em Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Preceptora e docente do eixo específico de Nutrição do Programa de Residência Multiprofissional Hospital das Clínicas/UFG/EBSERH. Membro do núcleo de segurança do paciente, da comissão de humanização, da comissão de suporte nutricional e do Núcleo Docente Assistencial Estruturante (NDAE) do HC-UFG/EBSERH.

### **DENNIA PIRES DE AMORIM TRINDADE**

Nutricionista do Hospital das Clínicas/UFG/EBSERH. Mestre em Nutrição e Saúde pela Faculdade de Nutrição/UFG. Pós-graduada em Vigilância Sanitária e Qualidade dos Alimentos pela Faculdade Unyleya. Fiscal técnica do contrato de prestação de serviços de fornecimento de dietas do Hospital das Clínicas/UFG/EBSERH.

### **EMANOELLY PIRES FRANCO**

Nutricionista do Hospital das Clínicas/UFG/EBSERH. Graduada em Nutrição pela Faculdade de Nutrição da Universidade Federal de Goiás. Nutricionista da Unidade de terapia intensiva HC/UFG/EBSERH.

### **GRAZIANNE MAJELA LOBO**

Nutricionista do Hospital das Clínicas/UFG/EBSERH. Especialista em nutrição oncológica pela Sociedade Brasileira de Nutrição Oncológica (SBNO). Membro da Comissão de Suporte Nutricional do Hospital das Clínicas/UFG/EBSERH'.

### **INAIANA MARQUES FILIZOLA VAZ**

Nutricionista do Hospital das Clínicas/UFG/EBSERH. Doutora em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina/UFG. Mestre em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina/UFG. Nutricionista do Hospital das Clínicas/UFG/EBSERH. Especialista em Atividade Física e suas Bases Nutricionais pela Universidade Veiga de Almeida. Especialista em Consultoria Alimentar e Nutricional pela Universidade Federal de Goiás. Preceptora e docente do eixo específico de Nutrição do Programa de Residência Multiprofissional do Hospital das Clínicas/UFG/EBSERH. Membro do Grupo de Aprimoramento em Pesquisa na Saúde e Nutrição da Universidade Federal de Goiás.

### **IZABELA ZIBETTI DE ALBUQUERQUE**

Nutricionista do Hospital das Clínicas/UFG/EBSERH. Doutora em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina/UFG. Mestre em Nutrição e Saúde pela Faculdade de Nutrição/UFG. Pós-graduada em Nutrição Materno Infantil na Prática Clínica e Ortomolecular pela FAPES. Preceptora e docente do eixo específico de Nutrição do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital das Clínicas/UFG/EBSERH.

### **JORDANE AMARAL MENDES**

Nutricionista do Hospital das Clínicas/UFG/EBSERH. Pós-graduada em Nutrição, Avaliação e Bioquímica pela Faculdade Metropolitana do Estado São Paulo, FAMEESP. Preceptora e docente do eixo específico de Nutrição do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital das Clínicas/UFG/EBSERH. Membro da Comissão de Cuidados Paliativos do Hospital das Clínicas/UFG/EBSERH.

### **LANA PACHECO FRANCO**

Nutricionista do Hospital das Clínicas/UFG/EBSERH. Mestre em Nutrição e Saúde pela Faculdade de Nutrição/UFG. Pós-graduada em Nutrição Esportiva pela Faculdade Redentor. MBA em liderança e gestão empresarial pelo IPOG. Docente do eixo específico de Nutrição do Programa de Residência Multiprofissional do Hospital das Clínicas/UFG/EBSERH. Auxiliar de Pesquisa do Grupo de Aprimoramento em Pesquisa na Saúde e Nutrição da Universidade Federal de Goiás.

### **LIANA LIMA VIEIRA**

Nutricionista do Hospital das Clínicas/UFG/EBSERH. Mestre em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina/UFG. Membro da Comissão de Suporte Nutricional e da Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional do Hospital das Clínicas/UFG/EBSERH. Preceptora e docente do eixo específico de Nutrição do Programa de Residência Multiprofissional do Hospital das Clínicas/UFG/EBSERH. Coordenadora técnica da Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional do HC-UFG/EBSERH (EMTN).

### **MALAINÉ MORAIS ALVES MACHADO**

Nutricionista do Hospital das Clínicas/UFG/EBSERH. Doutora em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina/UFG. Mestre em Nutrição e Saúde pela Faculdade de Nutrição/UFG. Pós-graduada em Nutrição em Hematologia e Hemoterapia pela Universidade Federal de Goiás. Preceptora e docente do eixo específico de Nutrição do Programa de Residência Multiprofissional do Hospital das Clínicas/UFG/EBSERH. Vice-líder do Grupo de Aprimoramento em Pesquisa na Saúde e Nutrição da Universidade Federal de Goiás.

### **MARINA BRITO CAMPOS**

Nutricionista do Hospital das Clínicas/UFG/EBSERH. Mestre em Ensino na Saúde pela Faculdade de Medicina/UFG. Pós-graduada em Nutrição Clínica pela Faculdade de Nutrição/UFG. Pós-graduada em Nutrição e Hematologia e Hemoterapia pelo Programa de Residência Multiprofissional do Hospital das Clínicas/UFG/EBSERH. Pós-graduada em Nutrição Clínica Funcional pela Universidade Cruzeiro do Sul/VP. Membro da Comissão de Cuidados Paliativos/SUPREMA do Hospital das Clínicas/UFG/EBESERH. Tutora, preceptora e docente do eixo específico de Nutrição do Programa de Residência Multiprofissional do Hospital das Clínicas/UFG/EBSERH.

### **RENATA COSTA FERNANDES**

Nutricionista do Hospital das Clínicas/UFG/EBSERH. Mestre em Nutrição e Saúde pela Faculdade de Nutrição/UFG. Pós-graduada em Nutrição Clínica e Nutrição Clínica Funcional. Preceptora do eixo específico de Nutrição do Programa de Residência Multiprofissional do Hospital das Clínicas/UFG/EBSERH.

# SUMÁRIO

<b>AMBULATÓRIOS E FLUXOS GERAIS .....</b>	<b>25</b>
1. Ambulatórios de nutrição do HC-UFG/EBSERH.....	26
2. Agendamento de consultas e encaminhamentos .....	27
3. Exames Bioquímicos.....	28
4. Solicitação de dietas e suplementos para prefeituras.....	31
<b>FICHAS DE ATENDIMENTO .....</b>	<b>33</b>
5. Anamneses .....	34
5.1. ADULTO PRIMEIRA CONSULTA .....	34
5.2. ADULTO RETORNO .....	39
5.3. GESTANTE PRIMEIRA CONSULTA.....	42
5.4. GESTANTE RETORNO .....	47
5.5. LACTANTE PRIMEIRA CONSULTA.....	50
5.6. LACTANTE RETORNO .....	54
5.7. PEDIATRIA PRIMEIRA CONSULTA.....	56
5.8. PEDIATRIA RETORNO .....	60
5.9. FICHAS ESPECÍFICAS .....	64
<b>FLUXOS DE ATENDIMENTO E RECOMENDAÇÕES .....</b>	<b>71</b>
6. Ambulatórios .....	72
6.1. GERAL .....	72
6.1.1. FLUXO DE ATENDIMENTO .....	72
6.1.2. RECOMENDAÇÕES.....	73
6.2. CIRURGIA BARIÁTRICA .....	74
6.2.1. FLUXO DE ATENDIMENTO .....	74
6.2.2. RECOMENDAÇÕES.....	76
6.3. EMAGRECIMENTO ADULTO .....	80
6.3.1. FLUXO DE ATENDIMENTO .....	80
6.3.2. RECOMENDAÇÕES.....	94

6.4. GESTAÇÃO E LACTAÇÃO .....	96
6.4.1. FLUXO DE ATENDIMENTO .....	96
6.4.2. RECOMENDAÇÕES NUTRICIONAIS PARA GESTANTES .....	97
6.4.2.1. GANHO DE PESO NA GESTAÇÃO .....	97
6.4.2.2. ENERGIA E NUTRIENTES.....	101
6.4.2.2.1. GESTANTES ADULTAS .....	101
6.4.2.2.2. GESTANTES ADOLESCENTES .....	105
6.4.2.2.3. GESTANTES DIABÉTICAS.....	109
6.4.2.2.4. GESTANTES COM SÍNDROMES HIPERTENSIVAS DA GRAVIDEZ (SHG).....	113
6.4.2.2.5. GESTANTES APÓS CIRURGIA BARIÁTRICA.....	114
6.4.2.2.6. GESTANTES COM VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA (HIV).....	115
6.4.2.2.7. GESTANTES COM DOENÇA RENAL CRÔNICA (DRC) .....	117
6.4.2.2.8. GESTANTES COM ANEMIA FALCIFORME.....	120
6.4.3. RECOMENDAÇÕES NUTRICIONAIS PARA LACTANTES.....	123
6.5. NEFROLOGIA .....	131
6.5.1. FLUXO DE ATENDIMENTO .....	131
6.5.2. RECOMENDAÇÕES .....	133
6.5.2.1. RECOMENDAÇÕES PARA ADULTOS COM DOENÇA RENAL .....	133
6.5.2.2. RECOMENDAÇÕES PARA CRIANÇAS COM DOENÇA RENAL .....	136
6.6. ONCOLOGIA .....	139
6.6.1. FLUXO DE ATENDIMENTO .....	139
6.6.2. RECOMENDAÇÕES .....	141
6.7. PEDIATRIA .....	145
6.7.1. FLUXO DE ATENDIMENTO .....	145
6.7.2. RECOMENDAÇÕES .....	146
6.8. NUTRIÇÃO E TERAPIA NUTRICIONAL .....	148
6.8.1. FLUXO DE ATENDIMENTO .....	148
6.8.2. RECOMENDAÇÕES .....	150
6.9. NUTRIÇÃO E DOENÇAS CARDIOVASCULARES.....	151
6.9.1. FLUXO DE ATENDIMENTO .....	151
6.9.2. RECOMENDAÇÕES .....	153
6.10. NUTRIÇÃO E MASTOLOGIA .....	164
6.10.1. FLUXO DE ATENDIMENTO .....	164
6.10.2. RECOMENDAÇÕES .....	166

## **AVALIAÇÃO NUTRICIONAL..... 168**

### **7. Avaliação nutricional..... 169**

## **MANUAIS E ORIENTAÇÕES NUTRICIONAIS.....172**

### **8. Manuais.....173**

8.1. ALEITAMENTO MATERNO.....	173
8.2. ALIMENTAÇÃO E ESTILO DE VIDA SAUDÁVEL.....	173
8.3. ALIMENTAÇÃO PÓS-COVID 19.....	173
8.4. ALIMENTAÇÃO VEGETARIANA.....	173
8.5. CIRURGIA BARIÁTRICA.....	173
8.6. CONTROLE DA DIABETES.....	173
8.7. DISFAGIA.....	173
8.8. DOENÇAS CARDIOVASCULARES.....	173
8.9. DOENÇA CELÍACA.....	173
8.10. DOENÇA RENAL TRATAMENTO DIALÍTICO.....	173
8.11. DOENÇA RENAL TRATAMENTO DIALÍTICO E DIABETES.....	173
8.12. DOENÇA RENAL TRATAMENTO CONSERVADOR.....	173
8.13. DOENÇA RENAL TRATAMENTO CONSERVADOR E DIABETES.....	173
8.14. INTRODUÇÃO ALIMENTAR.....	173
8.15. MIELOMA MÚLTIPLO.....	173
8.16. NUTRIÇÃO ENTERAL.....	173
8.17. OSTOMIZADOS.....	173
8.18. PÓS-GASTRECTOMIA.....	173
8.19. QUIMIOTERAPIA.....	173

### **9. Orientações nutricionais.....174**

9.1. ÁCIDO ÚRICO.....	174
9.2. ALERGIA A PROTEÍNA DO LEITE DE VACA.....	174
9.3. ALIMENTOS ANTIOXIDANTES.....	174
9.4. ALIMENTOS FONTES DE CÁLCIO.....	174
9.5. ALIMENTOS FONTES DE POTÁSSIO.....	174
9.6. ANEMIA FALCIFORME.....	174
9.7. ANEMIA FERROPRIVA.....	174
9.8. ANTICOAGULADOS.....	174
9.9. BOAS PRÁTICAS.....	174
9.10. CÁLCULO RENAL.....	174
9.11. COMPORTAMENTAL.....	174
9.12. DIARREIA.....	174
9.13. DISBIOSE.....	174
9.14. DOENÇA DE CROHN.....	174
9.15. DOENÇA DIVERTICULAR.....	174
9.16. DOENÇAS HEPÁTICAS.....	174
9.17. FIBROSE CÍSTICA.....	174

9.18. GLICOGENOSE.....	175
9.19. HEMOCROMATOSE.....	175
9.20. INTOLERÂNCIA A FRUTOSE.....	175
9.21. INTOLERÂNCIA A LACTOSE.....	175
9.22. LUPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO.....	175
9.23. OBSTIPAÇÃO INTESTINAL.....	175
9.24. REFLUXO GASTROESOFÁGICO.....	175
9.25. RETOCOLITE ULCERATIVA.....	175
9.26. SÍNDROME DO INTESTINO CURTO.....	175
9.27. SÍNDROME NEFRÓTICA.....	175
9.28. ÚLCERA E GASTRITE.....	175

## **RECEITAS.....176**

<b>10. Técnicas culinárias, receitas e dicas.....</b>	<b>177</b>
10.1. CULINÁRIA E ALERGIA À PROTEÍNA DO LEITE DE VACA.....	177
10.2. CULINÁRIA E ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL.....	177
10.3. CULINÁRIA E ALIMENTAÇÃO VEGETARIANA E VEGANA.....	177
10.4. CULINÁRIA E ALTERAÇÃO DO PALADAR.....	177
10.5. CULINÁRIA E ANEMIA.....	177
10.6. CULINÁRIA E PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA BARIÁTRICA (1ª E 2ª SEMANAS).....	177
10.7. CULINÁRIA E PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA BARIÁTRICA (3ª SEMANA).....	177
10.8. CULINÁRIA E PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA BARIÁTRICA (4ª E 5ª SEMANAS).....	177
10.9. CULINÁRIA E PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA BARIÁTRICA (6ª SEMANA).....	177
10.10. CULINÁRIA E PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA BARIÁTRICA (APÓS 2 MESES).....	177
10.11. CULINÁRIA E ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL DA CRIANÇA DE 6 MESES A 2 ANOS.....	177
10.12. CULINÁRIA E ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL DA CRIANÇA ACIMA DE 2 ANOS.....	177
10.13. CULINÁRIA E DIABETES.....	178
10.14. CULINÁRIA E DIARREIA.....	178
10.15. CULINÁRIA E DISFAGIA.....	178
10.16. CULINÁRIA E DOENÇA CELÍACA.....	178
10.17. CULINÁRIA E DOENÇAS CARDIOVASCULARES.....	178
10.18. CULINÁRIA, DOENÇA DE CROHN E SÍNDROME DO INTESTINO IRRITÁVEL.....	178
10.19. CULINÁRIA E DOENÇAS HEPÁTICAS.....	178
10.20. CULINÁRIA E DOENÇA RENAL.....	178
10.21. CULINÁRIA NA GESTAÇÃO E LACTAÇÃO.....	178
10.22. CULINÁRIA E INTESTINO PRESO.....	178
10.23. CULINÁRIA E INTOLERÂNCIA À FRUTOSE.....	178
10.24. CULINÁRIA E INTOLERÂNCIA À LACTOSE.....	178
10.25. CULINÁRIA, MUCOSITE E ODINOFAGIA.....	178
10.26. CULINÁRIA, PERDA DE APETITE E NÁUSEAS.....	178
10.27. CULINÁRIA, REFLUXO, GASTRITE E ÚLCERA.....	178

## **ANEXOS.....179**

# LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1. FLUXO DE AGENDAMENTO DE CONSULTAS E ENCAMINHAMENTOS.....	27
FIGURA 2. FLUXO DE SOLICITAÇÃO DE EXAMES BIOQUÍMICOS.....	28
FIGURA 3. FLUXO DE REALIZAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS NO AMBULATÓRIO.....	30
FIGURA 4. FLUXO PARA ELABORAÇÃO DE RELATÓRIOS NUTRICIONAIS.....	31
FIGURA 5. DOCUMENTOS A SEREM PREENCHIDOS PARA A SOLICITAÇÃO DE SUPLEMENTOS ALIMENTARES E DIETAS ENTERAIS JUNTO ÀS PREFEITURAS DE GOIÂNIA, APARECIDA DE GOIÂNIA E ANÁPOLIS.....	32
FIGURA 6. FLUXO DE ATENDIMENTO E RECOMENDAÇÕES NUTRICIONAIS DO AMBULATÓRIO GERAL (ADULTO).....	73
FIGURA 7. FLUXO DE ATENDIMENTO E RECOMENDAÇÕES NUTRICIONAIS DO AMBULATÓRIO DE CIRURGIA BARIÁTRICA.....	74
FIGURA 8. FLUXO DE ATENDIMENTO DO AMBULATÓRIO DE NUTRIÇÃO E EMAGRECIMENTO ADULTO.....	80
FIGURA 9 - FLUXO ATENDIMENTO NA PRIMEIRA CONSULTA E RETORNO POR TIPO DE ABORDAGEM.....	81
FIGURA 10- PROGRAMAÇÃO ANUAL DE RETORNOS DO GRUPO PARA A ABORDAGEM COMPORTAMENTAL.....	82
FIGURA 11- OBSERVAÇÕES PARA A REALIZAÇÃO DAS SESSÕES DE RETORNO NA ABORDAGEM COMPORTAMENTAL.....	84
FIGURA 12- PROGRAMAÇÃO ANUAL DO GRUPO COM ABORDAGEM TRADICIONAL.....	92
FIGURA 13 - PROGRAMAÇÃO ANUAL DO GRUPO COM ABORDAGEM COMPORTAMENTAL.....	93
FIGURA 14- RECOMENDAÇÕES NUTRICIONAIS DO AMBULATÓRIO DE EMAGRECIMENTO.....	94
FIGURA 15. FLUXO DE ATENDIMENTO E RECOMENDAÇÕES NUTRICIONAIS DO AMBULATÓRIO DE GESTAÇÃO E LACTAÇÃO.....	96
FIGURA 16. FLUXO DE ATENDIMENTO E RECOMENDAÇÕES NUTRICIONAIS DO AMBULATÓRIO DE NEFROLOGIA.....	131
FIGURA 17. FLUXO DE ATENDIMENTO E RECOMENDAÇÕES NUTRICIONAIS DO AMBULATÓRIO DE ONCOLOGIA.....	139
FIGURA 18. FLUXO DE ATENDIMENTO E RECOMENDAÇÕES NUTRICIONAIS DO AMBULATÓRIO DE PEDIATRIA.....	145
FIGURA 19. FLUXO DE ATENDIMENTO E RECOMENDAÇÕES NUTRICIONAIS DO AMBULATÓRIO DE TERAPIA NUTRICIONAL.....	148
FIGURA 20 - FLUXO DE ATENDIMENTO DO AMBULATÓRIO DE NUTRIÇÃO DA LIGA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL.....	151
FIGURA 21. FLUXO DE ATENDIMENTO E RECOMENDAÇÕES NUTRICIONAIS DO AMBULATÓRIO DE MASTOLOGIA.....	164

# LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - AMBULATÓRIOS DE NUTRIÇÃO DO HC-UFG/EBSERH.....	26
QUADRO 2. TELEFONES DOS LOCAIS DE DISPENSAÇÃO DE SUPLEMENTOS ALIMENTARES E DIETAS ENTERAIS DE GOIÂNIA E DE CIDADES DO INTERIOR DE GOIÁS.....	32
QUADRO 3. RECOMENDAÇÕES NUTRICIONAIS PARA O PACIENTE OBESO EM PRÉ-OPERATÓRIO.....	76
QUADRO 4. RECOMENDAÇÕES NUTRICIONAIS PARA O PACIENTE OBESO EM PÓS-OPERATÓRIO.....	76
QUADRO 5. EVOLUÇÃO DA DIETA APÓS CIRURGIA BARIÁTRICA.....	77
QUADRO 6. RECOMENDAÇÕES DE MICRONUTRIENTES PARA O PACIENTE OBESO EM PÓS-OPERATÓRIO.....	78
QUADRO 7. RECOMENDAÇÃO DE GANHO DE PESO PARA GESTANTES ADULTAS (ACIMA DE 19 ANOS) DE ACORDO COM O IMC PRÉ-GESTACIONAL <sup>1,2,3</sup> .....	97
QUADRO 8. CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL DE GESTANTES ADOLESCENTES (10 - 19 ANOS) SEGUNDO O IMC PRÉ-GESTACIONAL.....	98
QUADRO 9. RECOMENDAÇÃO DE GANHO DE PESO PARA GESTANTES ADOLESCENTES (10 - 19 ANOS) DE ACORDO COM O IMC PRÉ-GESTACIONAL.....	99
QUADRO 10. RECOMENDAÇÃO DE GANHO DE PESO PARA GESTAÇÃO GEMELAR SEGUNDO O IMC PRÉ-GESTACIONAL.....	100
QUADRO 11. CÁLCULO ENERGÉTICO A PARTIR DA FÓRMULA DE BOLSO PARA GESTANTES ADULTAS.....	101
QUADRO 12. CÁLCULO ENERGÉTICO A PARTIR DA TMB E NAF PARA GESTANTES ADULTAS.....	101
QUADRO 13. NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA DE ACORDO COM A CLASSIFICAÇÃO DA INTENSIDADE PARA GESTANTES ADULTAS.....	102
QUADRO 14. ADICIONAL ENERGÉTICO POR TRIMESTRE GESTACIONAL PARA GESTANTES ADULTAS.....	102
QUADRO 15. CÁLCULO INDIVIDUALIZADO DO ADICIONAL ENERGÉTICO PARA GESTANTES ADULTAS.....	103
QUADRO 16. RECOMENDAÇÃO DE PROTEÍNA PARA GESTANTES ADULTAS.....	103
QUADRO 17. ADICIONAL DE PROTEÍNA POR TRIMESTRE GESTACIONAL PARA GESTANTES ADULTAS.....	103
QUADRO 18. CÁLCULO DE PROTEÍNA PARA GESTANTES SEGUNDO ANVISA.....	103
QUADRO 19. RECOMENDAÇÃO DE MACRONUTRIENTES, ÁGUA E CAFÉINA PARA GESTANTES ADULTAS.....	104
QUADRO 20. RECOMENDAÇÃO DE MICRONUTRIENTES PARA GESTANTES ADULTAS.....	104
QUADRO 21. CÁLCULO ENERGÉTICO A PARTIR DA TMB E NAF PARA GESTANTES ADOLESCENTES.....	105
QUADRO 22. NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA SEGUNDO A IDADE E INTENSIDADE DA ATIVIDADE PARA GESTANTES ADOLESCENTES.....	106
QUADRO 23. ADICIONAL ENERGÉTICO POR TRIMESTRE GESTACIONAL PARA GESTANTES ADOLESCENTES.....	106
QUADRO 24. CÁLCULO INDIVIDUALIZADO DO ADICIONAL ENERGÉTICO PARA GESTANTES ADOLESCENTES.....	107
QUADRO 25. RECOMENDAÇÃO DE PROTEÍNA PARA GESTANTES ADOLESCENTES.....	107

QUADRO 26. RECOMENDAÇÃO DE MACRONUTRIENTES, ÁGUA E CAFEÍNA PARA GESTANTES ADOLESCENTES.....	107
QUADRO 27. RECOMENDAÇÃO DE MICRONUTRIENTES PARA GESTANTES ADOLESCENTES .....	108
QUADRO 28. RECOMENDAÇÕES NUTRICIONAIS PARA GESTANTES DIABÉTICAS. ....	109
QUADRO 29. RECOMENDAÇÕES GERAIS E POR GRUPOS ALIMENTARES PARA GESTANTES DIABÉTICAS.....	110
QUADRO 30. CLASSIFICAÇÃO DOS ALIMENTOS SEGUNDO O ÍNDICE GLICÊMICO.....	111
QUADRO 31. RECOMENDAÇÕES NUTRICIONAIS GERAIS PARA GESTANTES COM SHG.....	113
QUADRO 32. SUPLEMENTAÇÃO DE MICRONUTRIENTES EM GESTANTES BARIÁTRICAS.....	114
QUADRO 33. ORIENTAÇÃO SOBRE FERTILIDADE E GRAVIDEZ EM GESTANTES BARIÁTRICAS. ....	114
QUADRO 34. RECOMENDAÇÕES NUTRICIONAIS GERAIS PARA GESTANTES COM VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA .....	115
QUADRO 35. RECOMENDAÇÕES DE ENERGIA E PROTEÍNA PARA GESTANTES COM DOENÇA RENAL CRÔNICA. ....	117
QUADRO 36. RECOMENDAÇÕES DE SÓDIO, POTÁSSIO, FÓSFORO E CÁLCIO PARA GESTANTES COM DRC EM TRATAMENTO CONSERVADOR.....	118
QUADRO 37. RECOMENDAÇÕES DE SÓDIO, POTÁSSIO, FÓSFORO E CÁLCIO PARA GESTANTE COM DRC EM HEMODIÁLISE E DIÁLISE PERITONEAL .....	118
QUADRO 38. RECOMENDAÇÕES DE VITAMINAS E MINERAIS EM GESTANTES COM DRC EM HEMODIÁLISE E DIÁLISE PERITONEAL.....	118
QUADRO 39. RECOMENDAÇÕES NUTRICIONAIS PARA GESTANTES APÓS TRANSPLANTE RENAL.....	119
QUADRO 40. RECOMENDAÇÕES NUTRICIONAIS GERAIS PARA GESTANTES COM ANEMIA FALCIFORME.....	120
QUADRO 41. VALORES DE REFERÊNCIA DE EXAMES BIOQUÍMICOS PARA GESTANTES ADULTAS.....	121
QUADRO 42. VALORES DE REFERÊNCIA DE EXAMES BIOQUÍMICOS PARA GESTANTES COM DRC.....	123
QUADRO 43. RECOMENDAÇÃO DE PERDA DE PESO APÓS O PARTO, CONSIDERADA SEGURA PARA A LACTAÇÃO.....	123
QUADRO 44. CÁLCULO ENERGÉTICO A PARTIR DA TMB E NAF PARA LACTANTES.....	124
QUADRO 45. RECOMENDAÇÃO DE PROTEÍNA PARA LACTANTES.....	124
QUADRO 46. RECOMENDAÇÃO DE VITAMINAS E MINERAIS PARA LACTANTES.....	125
QUADRO 47. RECOMENDAÇÕES NUTRICIONAIS GERAIS PARA LACTANTES.....	126
QUADRO 48. RECOMENDAÇÕES NUTRICIONAIS ESPECÍFICAS PARA LACTANTES COM DRC.....	126
QUADRO 49. RECOMENDAÇÃO DE ENERGIA E GANHO DE PESO INTERDIALÍTICO PARA ADULTOS COM DRC.....	133
QUADRO 50. RECOMENDAÇÃO DE NUTRIENTES PARA ADULTOS DE ACORDO COM A FASE DA DOENÇA RENAL.....	133
QUADRO 51. RECOMENDAÇÕES DE SUPLEMENTAÇÃO ORAL PARA ADULTOS DE ACORDO COM A FASE DA DOENÇA RENAL.....	134
QUADRO 52. RECOMENDAÇÃO DE MICRONUTRIENTES PARA ADULTOS COM DRC.....	135
QUADRO 53. ESTIMATIVA DA NECESSIDADE CALÓRICA EM PACIENTES PEDIÁTRICOS COM DOENÇA RENAL.....	136
QUADRO 54. ESTIMATIVA DA NECESSIDADE PROTEICA PARA CRIANÇAS COM DOENÇA RENAL.....	136

QUADRO 55. FAIXA DE DISTRIBUIÇÃO ACEITÁVEL DE MACRONUTRIENTES PARA CRIANÇAS COM DOENÇA RENAL. ....	137
QUADRO 56. RECOMENDAÇÃO DE MICRONUTRIENTES PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DRC.....	137
QUADRO 57. RECOMENDAÇÃO DE ENERGIA, MACRONUTRIENTES E INGESTÃO HÍDRICA PARA PACIENTES ONCOLÓGICOS.....	141
QUADRO 58. RECOMENDAÇÕES NUTRICIONAIS PARA PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS NO PRÉ E PÓS TRANSPLANTE.....	141
QUADRO 59. RECOMENDAÇÕES NUTRICIONAIS PARA PACIENTES EM QUIMIOTERAPIA.....	142
QUADRO 60. RECOMENDAÇÕES NUTRICIONAIS PARA PACIENTES SOBREVIVENTES DE CÂNCER (EM REMISSÃO COMPLETA APÓS CINCO ANOS).....	142
QUADRO 61. RECOMENDAÇÕES DE PROTEÍNA PARA PACIENTES COM SARCOPENIA.....	143
QUADRO 62. RECOMENDAÇÕES NUTRICIONAIS PARA PACIENTES COM CAQUEXIA.....	143
QUADRO 63. RECOMENDAÇÕES NUTRICIONAIS GERAIS PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES.....	146
QUADRO 64. RECOMENDAÇÕES NUTRICIONAIS PARA PACIENTES ADULTOS EM TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL.....	150
QUADRO 65. PONTOS DE CORTE PARA ESTABELECIMENTO DE METAS DIETOTERÁPICAS.....	153
QUADRO 66. VALORES DESEJÁVEIS DE EXAMES BIOQUÍMICOS.....	153
QUADRO 67. RECOMENDAÇÕES ALIMENTARES E NUTRICIONAIS.....	154
QUADRO 68. ALIMENTAÇÃO CARDIOPROTETORA.....	158
QUADRO 69. PORÇÕES POR GRUPO DE ALIMENTOS NA ALIMENTAÇÃO CARDIOPROTETORA.....	161
QUADRO 70. RECOMENDAÇÃO DE ENERGIA, NUTRIENTES E ÁGUA PARA PACIENTES COM CÂNCER DE MAMA.....	166
QUADRO 71. RELAÇÃO DE MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS UTILIZADAS NOS AMBULATÓRIOS DE NUTRIÇÃO DO HC/UFG.....	169

# LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1 – FICHA DE ENCAMINHAMENTO PARA INTERCONSULTA .....	180
ANEXO 2 – REGISTRO ALIMENTAR DIÁRIO - ABORDAGEM COMPORTAMENTAL.....	181
ADAPTADO DE: ALVARENGA ET AL. NUTRIÇÃO COMPORTAMENTAL .....	181
ANEXO 3- DIAGRAMA DE CÍRCULOS- ABORDAGEM COMPORTAMENTAL.....	183
ADAPTADO DE: ALVARENGA ET AL. NUTRIÇÃO COMPORTAMENTAL .....	183
ANEXO 4 – ENTENDENDO A FOME FÍSICA - ABORDAGEM COMPORTAMENTAL.....	185
ADAPTADO DE: ALVARENGA ET AL. NUTRIÇÃO COMPORTAMENTAL .....	185
ANEXO 5 – ENTENDENDO A SACIEDADE – ABORDAGEM COMPORTAMENTAL.....	187
ADAPTADO DE: ALVARENGA ET AL. NUTRIÇÃO COMPORTAMENTAL .....	187
ANEXO 6 – TEMPO DE SACIEDADE – ABORDAGEM COMPORTAMENTAL.....	188
ADAPTADO DE: ALVARENGA ET AL. NUTRIÇÃO COMPORTAMENTAL .....	188
ANEXO 7 – MONITORAMENTO DO TEMPO SEDENTÁRIO – ABORDAGEM COMPORTAMENTAL.....	190
ANEXO 8 – GRUPOS ALIMENTARES.....	191
ANEXO 9 – TIPOS DE VONTADE – ABORDAGEM COMPORTAMENTAL.....	193
ANEXO 10 – IDENTIFICANDO SENTIMENTOS – ABORDAGEM COMPORTAMENTAL.....	195
ADAPTADO DE: ALVARENGA ET AL. NUTRIÇÃO COMPORTAMENTAL .....	195
ANEXO 11 – MEDITAÇÃO DO CHOCOLATE – ABORDAGEM COMPORTAMENTAL.....	197
ADAPTADO DE: ALVARENGA ET AL. NUTRIÇÃO COMPORTAMENTAL .....	197
ANEXO 12 – MEDITAÇÃO DA UVA PASSA – ABORDAGEM COMPORTAMENTAL.....	198
ADAPTADO DE: ALVARENGA ET AL. NUTRIÇÃO COMPORTAMENTAL .....	198
ANEXO 13 – MANEIRAS DE AMAR SEU CORPO – ABORDAGEM COMPORTAMENTAL.....	200
ADAPTADO DE: ALVARENGA ET AL. NUTRIÇÃO COMPORTAMENTAL .....	200
ANEXO 14 – MEU CORPO É MEU TEMPLO – ABORDAGEM COMPORTAMENTAL.....	202
ADAPTADO DE: ALVARENGA ET AL. NUTRIÇÃO COMPORTAMENTAL .....	202
ANEXO 15 – MUDANDO PENSAMENTOS – ABORDAGEM COMPORTAMENTAL.....	204
ADAPTADO DE: ALVARENGA ET AL. NUTRIÇÃO COMPORTAMENTAL .....	204
ANEXO 16 – O EXTRAORDINÁRIO CORPO HUMANO – ABORDAGEM COMPORTAMENTAL.....	206
ADAPTADO DE: ALVARENGA ET AL. NUTRIÇÃO COMPORTAMENTAL .....	206
ANEXO 17 – DINÂMICA DA CAIXA DE SURPRESA – ABORDAGEM COMPORTAMENTAL.....	207
ADAPTADO DE: ALVARENGA ET AL. NUTRIÇÃO COMPORTAMENTAL .....	207

ANEXO 18 - POR QUE DIETAS NÃO FUNCIONAM - ABORDAGEM COMPORTAMENTAL .....	208
ADAPTADO DE: ALVARENGA ET AL. NUTRIÇÃO COMPORTAMENTAL .....	208
ANEXO 19 - GRÁFICOS PARA ACOMPANHAMENTO DO GANHO DE PESO EM GESTANTES ADULTAS.....	209
ANEXO 20 - FICHA DE PRESCRIÇÃO DIETÉTICA .....	210
LISTA DE SUBSTITUIÇÃO DE ALIMENTOS.....	212

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ADA	AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION
AGHUX	SISTEMA DE GESTÃO HOSPITALAR DA REDE EBSERH
AI	ADEQUATE INTAKE
AJ	ALTURA DO JOELHO
ALT	ALANINA AMINOTRANSFERASE
ANVISA	AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
APLV	ALERGIA A PROTEÍNA DO LEITE DE VACA
ASG-PPP	AVALIAÇÃO SUBJETIVA GLOBAL PRODUZIDA PELO PACIENTE
AST	ASPARTATO AMINOTRANSFERASE
AVB	ALTO VALOR BIOLÓGICO
AVE	ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO
BIA	BIOIMPEDÂNCIA
BP	BAIXO PESO
Ca	CÂNCER
CB	CIRCUNFERÊNCIA DO BRAÇO
Cb	CIRURGIA BARIÁTRICA
CC	CIRCUNFERÊNCIA DA CINTURA
CE	CONSULTA DE ENFERMAGEM
CFN	CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS
CHCM	CONCENTRAÇÃO DE HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MÉDIA
CHO	CARBOIDRATO
CL	CLORO
CM	CONSULTA MÉDICA
CMB	CIRCUNFERÊNCIA MUSCULAR DO BRAÇO
CP	CIRCUNFERÊNCIA DA PANTURRILHA
CQ	CIRCUNFERÊNCIA DO QUADRIL
DCV	DOENÇA CARDIOVASCULAR
CORA	CENTRO AVANÇADO DE DIAGNÓSTICO DA MAMA
DCT	DOBRA CUTÂNEA TRICIPITAL
DDD	DISCAGEM DIRETA A DISTÂNCIA

DF	DOENÇA FALCIFORME
DI	DECILITRO
DM	DIABETES <i>MELLITUS</i>
DM1	DIABETES <i>MELLITUS</i> TIPO 1
DM2	DIABETES <i>MELLITUS</i> TIPO 2
DMG	DIABETES <i>MELLITUS</i> GESTACIONAL
DN	DATA DE NASCIMENTO
DP	DIÁLISE PERITONEAL
DPP	DATA PROVÁVEL DO PARTO
DRC	DOENÇA RENAL CRÔNICA
DRI	<i>DIETARY REFERENCE INTAKES</i>
DUM	DATA DA ÚLTIMA MENSTRUÇÃO
EBSERH	EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
E/I	ESTATURA PARA A IDADE
EN	ESTADO NUTRICIONAL
F	FEMININO
FAO	<i>FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION</i>
FI	UNIDADE DE FENTOLITRO
FPP	FORÇA DE PREENSÃO PALMAR
FSH	HORMÔNIO FOLÍCULO-ESTIMULANTE
g	GRAMA
GE	GASTO ENERGÉTICO
GEB	GASTO ENERGÉTICO BASAL
GGT	GAMA GLUTAMILTRANSFERASE
GPID	GANHO DE PESO INTERDIALÍTICO
GTT	GASTROSTOMIA
HbSC	HEMOGLOBINA SC
HbSS	HEMOGLOBINA SS
HC/UFG	HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
HCM	HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MÉDIA
HD	HEMODIÁLISE
HDL	<i>HIGH-DENSITY LIPOPROTEINS</i>
HIV	<i>HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS</i>
IC	INTERCONSULTA

ICA	ÍNDICE DE CREATININA-ALTURA
Idd	IDADE
IDR	INGESTÃO DIÁRIA RECOMENDADA
IAM	INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO
IMC	ÍNDICE DE MASSA CORPORAL
IMC/I	ÍNDICE DE MASSA CORPORAL PARA A IDADE
IQTNE	ÍNDICE DE QUALIDADE DE TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL
IST	ÍNDICE DE SATURAÇÃO DA TRANSFERRINA
JJT	JEJUNOSTOMIA
K	POTÁSSIO
Kcal	QUILOCALORIAS
Kg	QUILOGRAMAS
Kgf	QUILOGRAMA FORÇA
LDL	<i>LOW-DENSITY LIPOPROTEINS</i>
LHA	LIGA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL
LIP	LIPÍDIO
M	MASCULINO
m <sup>2</sup>	METRO QUADRADO
Mcg OU µG	MICROGRAMA
mg	MILIGRAMA
mL	MILILITRO
Na	SÓDIO
NAF	NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA
ng	NANOGRAMAS
NPH	<i>NEUTRAL PROTAMINE HAGEDORN</i>
Pa	PESO ATUAL
Pajust	PESO AJUSTADO
PCT	PREGA CUTÂNEA TRICIPITAL
PCR	PROTEÍNA C REATIVA
P/E	PESO PARA ESTATURA
P/I	PESO PARA A IDADE
pg	PICOGRAMAS
Pi	PESO IDEAL
PLV	PROTEÍNA DO LEITE DE VACA

Psec	PESO SECO
Ptn	PROTEÍNA
QT	QUIMIOTERAPIA
PO	PÓS OPERATÓRIO
RDA	<i>RECOMMENDED DIETARY ALLOWANCE</i>
RDC	RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA
RDW	<i>RED CELL DISTRIBUTION WIDTH</i>
RET	RETORNO
RT	RESERVA TÉCNICA
SARC-F	SARCOPENIA RISK SCREENING
SBD	SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES
SHG	SÍNDROMES HIPERTENSIVAS DA GESTAÇÃO
SM	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SNE	SONDA NASOENTÉRICA
SAMIS	SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE
T4 LIVRE	TIROXINA LIVRE
TCLE	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
TCM	TRIGLICERÍDEOS DE CADEIA MÉDIA
Tg	TRIGLICÉRIDES
TMB	TAXA DE METABOLISMO BASAL
TMO	TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA
TN	TERAPIA NUTRICIONAL
TNE	TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL
TNO	TERAPIA NUTRICIONAL ORAL
TSH	HORMÔNIO ESTIMULADOR DA TIREOIDE
TTOG	TESTE DE TOLERÂNCIA ORAL À GLICOSE
UI	UNIDADE INTERNACIONAL
USG	ULTRASSONOGRAFIA
VCM	VOLUME CORPUSCULAR MÉDIO
VET	VALOR ENERGÉTICO TOTAL
VHS	VELOCIDADE DE HEMOSSEDIMENTAÇÃO
VLDL	<i>VERY LOW-DENSITY LIPOPROTEINS</i>
VO	VIA ORAL
WHO	<i>WORD HEALTH ORGANIZATION</i>



CAPÍTULO 1

# Ambulatórios e Fluxos Gerais

# 1. Ambulatórios de nutrição do HC-UFG/EBSERH

Quadro 1 – Ambulatórios de Nutrição do HC-UFG/EBSERH

Nome	Grade	Público alvo
Nutrição e Terapia Nutricional	1759/363	Pacientes adultos em terapia nutricional (oral ou enteral) ou desnutridos
Nutrição e Emagrecimento Adulto	1792/724	Pacientes adultos com sobrepeso e obesidade
Nutrição na Gestação e Lactação	1795/732	Pacientes gestantes e lactantes
Nutrição Geral	1790/721	Pacientes adultos com necessidade de acompanhamento nutricional
Nutrição e Cirurgia Bariátrica	1657/359	Pacientes adultos obesos com programação para cirurgia bariátrica
Nutrição e Oncologia	1789/720	Pacientes oncológicos
Nutrição em Nefrologia	1797/736	Pacientes com doenças renais de todas as idades
Nutrição em Pediatria	1791/722	Crianças e adolescentes com doenças do TGI e em uso de TNE
Nutrição e Doenças Cardiovasculares	1313/44	Pacientes adultos hipertensos somente da LHA
Nutrição e Hipertensão Arterial Resistente	1748/688	Pacientes adultos com hipertensão arterial resistente somente da LHA
Nutrição Mastologia-quimioterapia	1785/690	Mulheres com câncer de mama em quimioterapia somente do CORA
Nutrição e Mastologia	1786/702	Mulheres com câncer de mama somente do CORA

Legenda: **SM**: vaga reservada à Secretaria Municipal de Saúde; **IC**: vaga de interconsulta (primeira consulta no ambulatório); **Ret**: vaga de retorno da consulta inicial; **RT**: vaga para reserva técnica (consultas extras agendadas apenas pelo nutricionista responsável pelo ambulatório, geralmente para casos especiais e urgentes); **CORA**: Centro Avançado de Diagnóstico da Mama; **LHA**: Liga de hipertensão arterial.

## 2. Agendamento de consultas e encaminhamentos

Figura 1. Fluxo de agendamento de consultas e encaminhamentos

### 1ª CONSULTA DE NUTRIÇÃO (IC)



Na ficha de encaminhamento para IC (anexo 1) apresentada pelo paciente, anotar o número da grade do ambulatório de nutrição adequado (consultar quadro 1), solicitando ao SAMIS agendamento “na vaga” como 1ª consulta.

Em casos especiais e urgentes o nutricionista, solicitar ao SAMIS uma consulta extra/reserva da consulta técnica, no formulário de encaminhamento de IC, especificando a data da consulta.

Informar o paciente sobre o local da consulta.

Assinar e carimbar (no caso da vaga de consulta extra/reserva técnica, o carimbo e a assinatura devem ser **OBRIGATORIAMENTE** do nutricionista responsável pela grade).

Solicitar ao paciente que agende a 1ª consulta no guichê do SAMIS e que guarde o comprovante com o registro da data para ser apresentado no dia da consulta.

### RETORNOS DE NUTRIÇÃO (Ret)



Anotar no Cartão do Paciente: a data específica do retorno **ou** “na vaga”, o horário da consulta, o nº da grade, o nome do responsável pela grade.

Solicitar ao paciente que registre o retorno no SAMIS.

### ENCAMINHAMENTO P/ OUTRAS GRADES (NUTRIÇÃO OU ESPECIALIDADES)



Preencher a ficha de encaminhamento para Interconsulta disponível em: <http://intranet.hc.ufg/>

Especificar a especialidade. Ex: Nutrição e Emagrecimento, Endocrinologia, etc.

Especificar o número da grade, quando for encaminhar para outra grade de nutrição.

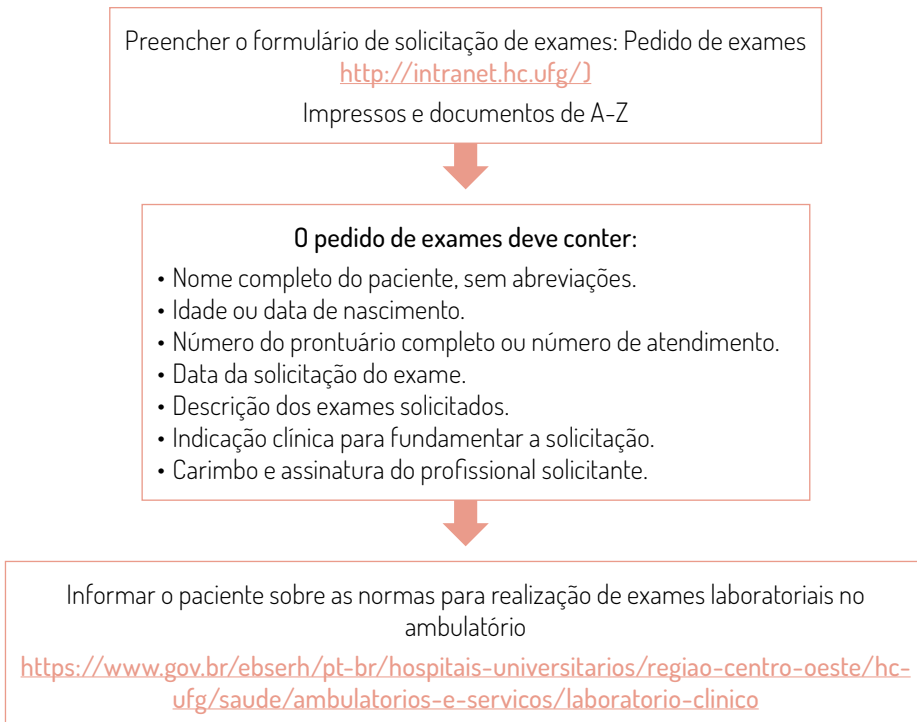
Solicitar ao paciente que se dirija ao SAMIS para agendar o encaminhamento.

### 3. Exames Bioquímicos

#### Quais exames bioquímicos o nutricionista pode solicitar?

- Considerando as resoluções do CFN nº 306/03, nº 380/05 e Resolução CFN nº 417/08.
- Exames laboratoriais exclusivamente necessários à avaliação, à prescrição e à evolução nutricional e dietoterápica do paciente.
- O Nutricionista deve fundamentar tais solicitações em seus aspectos técnico e legal.

Figura 2. Fluxo de solicitação de exames bioquímicos

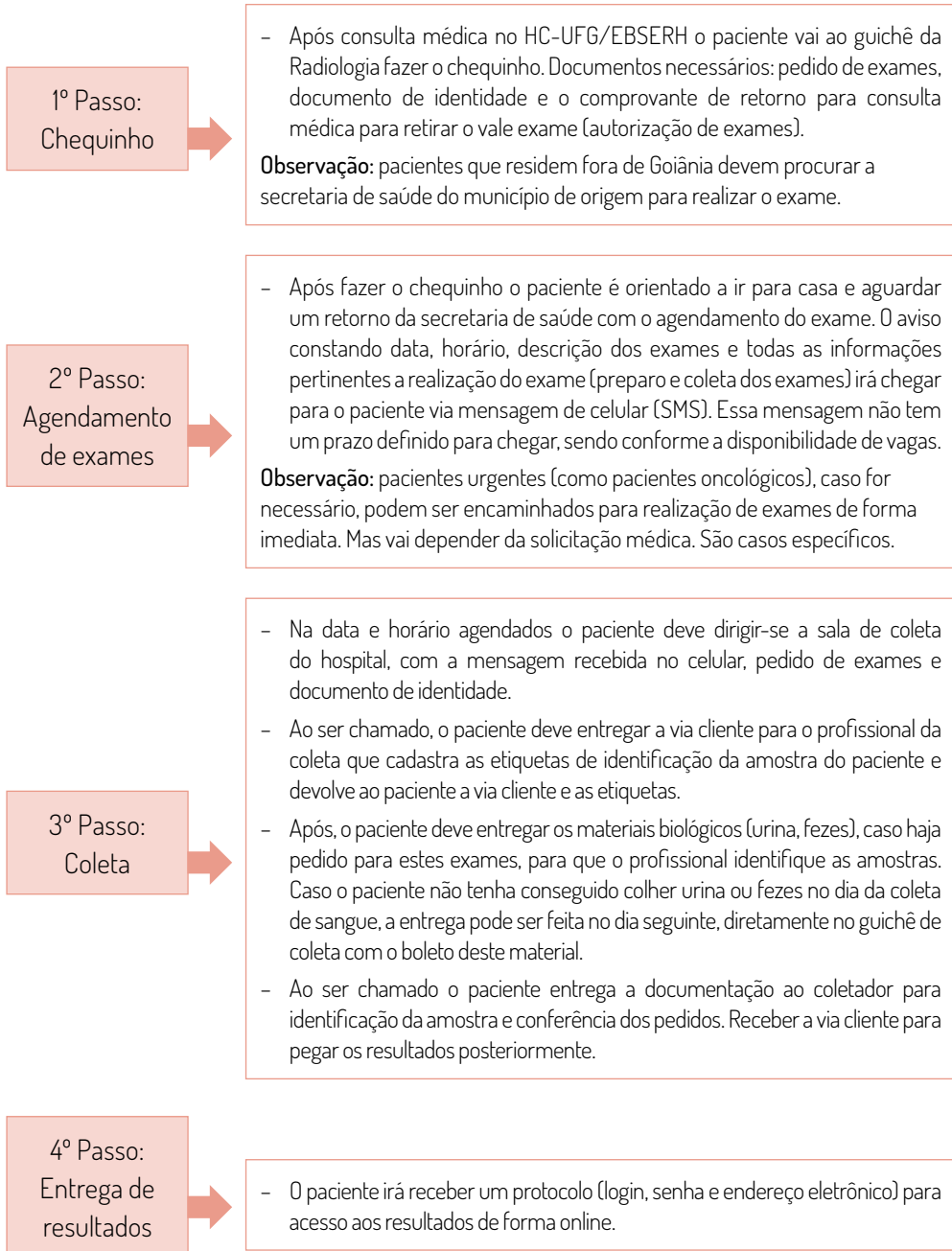


Desnutrição proteica	Hemograma completo, proteínas totais, índice de creatinina-altura (ICA).
Doenças cardiovasculares	Triglicérides, colesterol total, HDL, LDL, VLDL, índice de Castelli I, índice de Castelli II.
Doenças endócrinas	Glicemia, teste oral de tolerância à glicose, insulina, peptídeo C, hemoglobina glicada.
Avaliação da tireóide	Tiroxina (total e livre), triiodotironina, hormônio estimulador da tireoide (TSH).
Doenças renais	Ureia, creatinina, sódio, cálcio (total e iônico), potássio sérico, fósforo sérico, magnésio sérico, ácido úrico, oxalato, proteinograma, filtração glomerular.
Doenças hepáticas	Alanina aminotransferase (ALT); aspartato aminotransferase (AST), gama glutamiltransferase (GGT), bilirrubina.
Anemia	Ferro, transferrina, ferritina, capacidade de fixação total do ferro.
Cirurgia bariátrica	Vitamina B12, ácido fólico, cálcio total, cálcio iônico, ferro, sódio, fósforo, cloro.
Outros hormônios	Cortisol, FSH, progesterona, prolactina, testosterona.
Outros exames	Amilase, amônia, lipase, oxalato, tempo de protrombina.

**A relação de exames disponíveis do HC-UFG/EBSERH está disponível em:** <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-centro-oeste/hc-ufg/saude/ambulatorios-e-servicos/laboratorio-clinico>

**Observação: O diagnóstico de doenças** só deve ser feito por um **médico!** Se você encontrar algum tipo de alteração em algum exame, encaminhar o paciente para uma consulta médica.

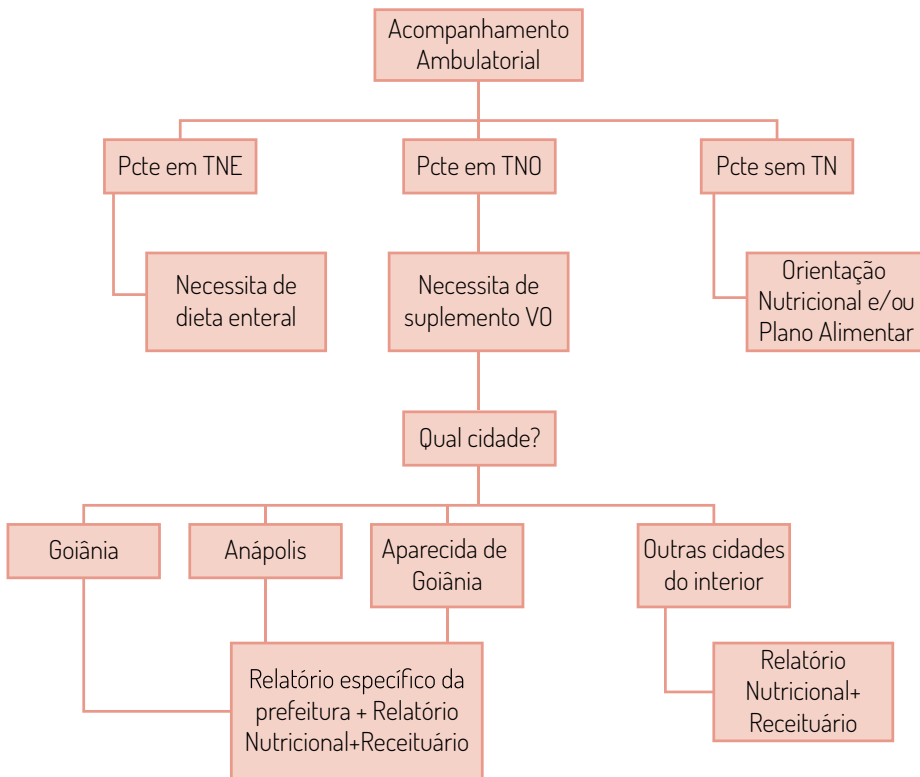
Figura 3. Fluxo de realização de exames laboratoriais no ambulatório.



## 4. Solicitação de dietas e suplementos para prefeituras

Nos casos em que os pacientes ambulatoriais necessitem do uso de suplementos via oral ou dietas enterais em domicílio, o profissional nutricionista deve seguir o fluxograma abaixo.

Figura 4. Fluxo para elaboração de relatórios nutricionais.



Legenda: TNE (Terapia Nutricional Enteral), TNO (Terapia Nutricional Oral), TN (Terapia Nutricional), VO (Via Oral).

Consultar, periodicamente, a disponibilidade de suplementos e dietas enterais em cada cidade, pois são alterados conforme licitação e uso em cada prefeitura.

Quadro 2. Telefones dos locais de dispensação de suplementos alimentares e dietas enterais de Goiânia e de cidades do interior de Goiás.

Prefeitura	Telefone
Goiânia	Farmácia de Insumos e Medicamentos Especiais: (62) 3524-1884, (62) 3524-1896 ou (62) 3524-1897
Aparecida de Goiânia	Divisão de Medicamentos: (62) 3545-6046
Anápolis	Centro Especializado de Distribuição: (62) 3902-2833
Cidades do Interior	Procurar o assistente social para avaliar as possibilidades de compra, pois normalmente não há estoque desses itens nas prefeituras.

Figura 5. Documentos a serem preenchidos para a solicitação de suplementos alimentares e dietas enterais junto às prefeituras de Goiânia, Aparecida de Goiânia e Anápolis.





CAPÍTULO 2

# FICHAS DE ATENDIMIENTO

## 5. Anamneses

### 5.1. ADULTO PRIMEIRA CONSULTA

ANAMNESE AMBULATORIO DE NUTRIÇÃO \_\_\_\_\_

1. IDENTIFICAÇÃO		
Nome:		Data: _/_/ _
Idade:	Sexo: ( ) Feminino/ ( ) Masculino	Telefone c/ DDD:
Nº prontuário: DN: _/_/ _	Procedência:	Contato familiar:
2. DADOS SOCIOECONÔMICOS:		
Profissão/ocupação:		Situação conjugal:
Escolaridade: ( ) Não alfabetizado(a)/ ( ) Ensino Fundamental Incompleto/ ( ) Ensino Fundamental Completo/ ( ) Ensino Médio Incompleto/ ( ) Ensino Médio Completo/ ( ) Ensino Superior Incompleto/ ( ) Ensino Superior Completo		
Nº de pessoas que consomem na residência:		
Tabagista: ( ) Sim/ ( ) Não/ ( ) Ex	Tempo:	Quantidade:
Etilista: ( ) Sim/ ( ) Não/ ( ) Ex	Tempo:	Quantidade:
Outras drogas:		
3. DADOS CLÍNICOS:		
Diagnósticos:		
Medicamentos em uso:		

#### 4. INVESTIGAÇÃO NUTRICIONAL:

Acompanhamento nutricional prévio: ( ) Não/ ( ) Sim, Duração:  
Se sim, por que abandonou:

Motivo do encaminhamento:

Alergias e intolerâncias alimentares: ( ) Não / ( ) APLV/ ( ) Frutose/ ( ) Lactose/  
( ) Soja/ ( ) Glúten/ Outras:

Aversões alimentares:

Via de alimentação: ( ) Via Oral/ ( ) Via Enteral  
Se Enteral: ( ) Artesanal/ ( ) Industrializada

Se enteral: Marca/Quantidade/Nº Etapas:

Suplementação: ( ) Não/ ( ) Sim, quais?

Gordura usada no preparo dos alimentos: ( ) Óleo de soja/ ( ) Banha de porco / ( ) Outros:

Tempero para preparo dos alimentos: ( ) Alho/ ( ) Sal/ ( ) Condimentos/ ( ) Industrializado

Consumo de óleo/mês:	Consumo de açúcar/mês:	Consumo de sal/mês:
----------------------	------------------------	---------------------

Ingestão hídrica/dia:

#### 5. FREQUÊNCIA ALIMENTAR:

Arroz, pães, macarrão, vegetal C	( ) Diário __X/sem __X/mês ( ) Raro ( ) Nunca
Leite e derivados	( ) Diário __X/sem __X/mês ( ) Raro ( ) Nunca
Leguminosas	( ) Diário __X/sem __X/mês ( ) Raro ( ) Nunca
Carnes e ovos	( ) Diário __X/sem __X/mês ( ) Raro ( ) Nunca
Folhosos, vegetal A	( ) Diário __X/sem __X/mês ( ) Raro ( ) Nunca

Hortalças/ vegetal B	( )Diário __X/sem __X/mês ( ) Raro ( )Nunca
Frutas	( )Diário __X/sem __X/mês ( ) Raro ( )Nunca
Castanhas, sementes	( )Diário __X/sem __X/mês ( ) Raro ( )Nunca
Preparações fritas	( )Diário __X/sem __X/mês ( ) Raro ( )Nunca
Doces/guloseimas	( )Diário __X/sem __X/mês ( ) Raro ( )Nunca
Refrigerantes/suco artificial	( )Diário __X/sem __X/mês ( ) Raro ( )Nunca
Alimentos processados	( )Diário __X/sem __X/mês ( ) Raro ( )Nunca
Alimentos ultraprocessados	( )Diário __X/sem __X/mês ( ) Raro ( )Nunca
Fast foods	( )Diário __X/sem __X/mês ( ) Raro ( )Nunca

Belisca entre as refeições: ( ) Sim/ ( ) Não  
Se sim, o que?

Onde realiza refeições: ( ) Cozinha; mesa/ ( ) Sala/ ( ) Quarto/ ( ) Outros:

## 6. DIA ALIMENTAR HABITUAL

Horário/Local	Alimentos/preparações	Quantidade

**7. AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA:**

Peso atual:	Menor peso:	Circunferência da cintura:
Peso usual:	% perda de peso: Em quanto tempo:	Circunferência do braço:
Peso seco:	% ganho de peso: Em quanto tempo:	Circunferência da panturrilha:
Peso ideal:	Altura:	Circunferência do quadril:
Peso ajustado:	IMC:	Outros:

**8. AVALIAÇÃO FÍSICA:**

Dentição: ( ) Preservada/ ( ) Ausente com uso de prótese/ ( ) Ausente sem uso de prótese			
Mastigação: ( ) Efetiva/ ( ) Não efetiva/ Engole pedaços			
Sintomas gastrointestinais: ( ) Não/ ( ) Vômitos/ ( ) Náuseas/ ( ) Plenitude gástrica/ ( ) Pirose/ ( ) Outros:			
Hábito intestinal: ( ) Sem alterações/ ( ) Diarreia/ ( ) Obstipação/ ( ) Melena/ ( ) Enterorragia			
Frequência:		Coloração:	
Consistência:	Tipo ( ) da Escala de Bristol	Presença de dor: ( ) Sim/ ( ) Não	
Diurese: ( ) Presente/ ( ) Ausente			
Cor: ( ) Transparente/ ( ) Amarelo claro/ ( ) Amarelo escuro/ ( ) Laranja/ ( ) Avermelhada			
Presença de dor: ( ) Sim/ ( ) Não		Presença de espuma: ( ) Sim/ ( ) Não	
Edemas: ( ) Ausente/ ( ) Presente/ Se presente, onde: _____			
Intensidade: ( ) Leve/ ( ) Moderada/ ( ) Grave			
Pratica exercício físico: ( ) Sim/ ( ) Não		Tipo:	Frequência:
Duração:			

**9. EXAMES BIOQUÍMICOS**

DATA: \_\_/\_\_/\_\_

<b>Hemograma</b>	Leucócitos totais (ul):	Glicemia de jejum (mg/dl):
------------------	-------------------------	----------------------------

Hematócrito (%):	Plaquetas (ul):	Hemoglobina Glicada (%):
Hemoglobina (g/dl):	<b>Lipidograma</b>	Creatinina (mg/dl):
VCM (fL):	Colesterol total (mg/dl):	Ureia (mg/dl):
HCM (pg):	LDL (mg/dl):	Ácido úrico (mg/dl):
CHCM (%):	HDL (mg/dl):	TSH (mU/L):
RDW (%):	Triglicerídeos (mg/dl):	T4 livre (mg/dl):

Outros:

### 10. DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL

<input type="checkbox"/> Desnutrição aguda	<input type="checkbox"/> Desnutrição Crônica	<input type="checkbox"/> Desnutrição Crônica Agudizada	<input type="checkbox"/> Eutrófico
<input type="checkbox"/> Sobrepeso	<input type="checkbox"/> Obesidade Grau I	<input type="checkbox"/> Obesidade Grau II	<input type="checkbox"/> Obesidade Grau III

### 11. NECESSIDADES NUTRICIONAIS

Calórica: \_\_\_\_\_ kcal/kg P \_\_\_\_\_ kcal/dia

Proteica: \_\_\_\_\_ g/kg P \_\_\_\_\_ g/dia

### 12. CONDUTA

\_\_\_\_\_

NUTRICIONISTA

## 5.2. ADULTO RETORNO

ANAMNESE RETORNO AMBULATÓRIO DE NUTRIÇÃO \_\_\_\_\_

1. IDENTIFICAÇÃO					
Nome:			Data: __/__/__		
Telefone para contato com DDD: ( )			Nº prontuário:		
Diagnóstico Nutricional:					
2. DADOS CLÍNICOS:					
Diagnósticos:					
3. ADESÃO ÀS METAS OU PLANO ALIMENTAR					
Facilidades:					
Dificuldades:					
4. AVALIAÇÃO FÍSICA					
Sintomas gastrointestinais: ( ) Não/ ( ) Sim, qual (is):					
Apetite: ( ) Normal/ ( ) Aumentado/ ( ) Reduzido					
Mastigação: ( ) Efetiva/ ( ) Não efetiva, engole pedaços					
Dores:					
Hábito intestinal: ( ) Sem alterações/ ( ) Diarreia/ ( ) Obstipação/ ( ) Melena/ ( ) Enterorragia					
Frequência:			Coloração:		
Consistência:		Tipo ( ) da Escala de Bristol	Presença de dor:		
Diurese: ( ) Presente/ ( ) Ausente					
Coloração:	( ) Transparente	( ) Amarelo claro	( ) Amarelo escuro	( ) Laranja	( ) Avermelhada
Presença de dor: ( ) Sim/ ( ) Não			Presença de espuma: ( ) Sim ( ) Não		
Edemas: ( ) Ausente/ ( ) Presente					
Se presente, onde: _____					
Intensidade: ( ) Leve/ ( ) Moderada/ ( ) Grave					
Pratica exercício físico: ( ) Sim/ ( ) Não		Tipo:	Frequência:	Duração:	

**5. EXAMES BIOQUÍMICOS**

DATA: \_\_/\_\_/\_\_

<b>Hemograma</b>	Leucócitos totais (ul):	Glicemia de jejum (mg/dl):
Hematócrito (%):	Plaquetas (ul):	Hemoglobina Glicada (%):
Hemoglobina (g/dl):	<b>Lipidograma:</b>	Creatinina (mg/dl):
VCM (fL):	Colesterol total (mg/dl):	Uréia (mg/dl):
HCM (pg):	LDL (mg/dl):	Ácido úrico (mg/dl):
CHCM (%):	HDL (mg/dl):	TSH (mU/L):
RDW (%):	Triglicerídeos (mg/dl):	T4 livre (mg/dl):
Outros:		

**6. AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA**

Peso da última consulta:	Altura:
Peso atual:	IMC:
Peso ideal:	Circunferência da cintura:
Peso ajustado:	Circunferência do braço:
Peso seco:	Circunferência da panturrilha:
% de perda de peso: Tempo:	% de ganho de peso: Tempo:
<b>7. VIA ALIMENTAR</b>	( ) Oral/ ( ) Enteral:

**8. DIA ALIMENTAR HABITUAL**

Horário/Local	Alimentos/preparações	Quantidades

Belisca entre as refeições: ( ) Sim/ ( ) Não, se sim, o que?

Ingestão hídrica:

**9. DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL**

( ) Desnutrição aguda	( ) Sobrepeso	( ) Obesidade Grau II
( ) Eutrófico	( ) Obesidade Grau I	( ) Obesidade Grau III
( ) Desnutrição Crônica agudizada	( ) Desnutrição Crônica	

**10. NECESSIDADE NUTRICIONAIS**

Calórica: _____	kcal/kg peso: _____	kcal/dia: _____
Proteica: _____	g/kg peso: _____	g/dia: _____

**11. CONDUTA NUTRICIONAL**


\_\_\_\_\_  
NUTRICIONISTA

### 5.3. GESTANTE PRIMEIRA CONSULTA

Nome: \_\_\_\_\_

Prontuário: \_\_\_\_\_ Data: \_\_/\_\_/\_\_.

Motivo do encaminhamento: \_\_\_\_\_

1. DADOS GERAIS				
Idade:	Fone c/ DDD:	Ocupação:	Renda familiar/mês:	Estado civil: ( ) Com companheiro ( ) Sem companheiro
			Nº pessoas na casa:	
Escolaridade (nível finalizado): ( ) Sem instrução ( ) 1ª Fase E. Fundamental ( ) 2ª Fase E. Fundamental ( ) E. médio ( ) E.superior			Atividade Física: ( ) Não ( ) Sim. Qual? _____ Frequência: _____	Tabagismo: ( ) Não ( ) Sim Cigarros/ dia: _____
				Bebida alcoólica: ( ) Não ( ) Sim. Qual? _____ Quantidade: _____
2. DADOS GESTACIONAIS				
DUM:	DPP:	Idade gestacional:	Doenças na gestação atual: ( ) Hipertensão ( ) DM1/ ( ) DM2/ ( ) DMG ( ) Disfunção tireoidiana. Qual: ( ) Cardiopatia: Qual: ( ) Outras. Quais?	
Gestação: ( ) Única ( ) Gemelar ( ) + de 2 fetos. Quantos: _____		Nº Gestações: Nº Abortos: Nº Partos Normais: Nº Partos Cesáreos:		
Sinais e Sintomas atuais: ( ) Náuseas ( ) Vômitos ( ) Sialorréia		( ) Fraqueza ( ) Pirose ( ) Plenitude	( ) Obstipação. Dias: _____ ( ) Cansaço Diurese: _____	( ) Pica. Qual? Quantidade: Frequência: _____

### 3. ANTROPOMETRIA

Altura:	Peso atual:	Peso pré gestacional:	IMC pré gestacional:	IMC atual:
Idade gestacional: _____sem _____dias		Ganho peso atual: ( ) Insuficiente ( ) Adequado ( ) Excessivo	EN pré gestacional:	EN atual:
Edema: ( ) Ausente ( ) Tornozelo ( ) Membros inferiores			( ) Baixo peso ( ) Adequado ( ) Sobrepeso ( ) Obesidade	( ) Baixo peso ( ) Adequado ( ) Sobrepeso ( ) Obesidade

### 4. PROGRAMAÇÃO DE GANHO DE PESO GESTACIONAL

Semanal:	Mensal:	Até final da gestação:
----------	---------	------------------------

### 5. EXAMES

DATA: \_\_/\_\_/\_\_

Hemoglobina:	TTOG:	Peso fetal/Idade gestacional (USG): _____g ( ) adequado/ ( ) baixo/ ( ) excessivo
Albumina:	Colesterol:	Estatura fetal/Idade gestacional (USG): cm ( ) adequado/ ( ) baixo/ ( ) excessivo
Glicemia jejum:	HDL:	
Glicemia pós-prandial:	LDL:	
Hemoglobina glicada:	TG:	
Outros exames:		

### 6. MEDICAMENTOS EM USO

## 7. AVALIAÇÃO ALIMENTAR

Alimentos não tolerados: ( ) Nenhum/ Quais? _____ _____ _____		Alimentos mais aceitos (quais)? _____ _____	
Horário(s) que sente mais fome: _____ _____ _____		Belisca? ( ) Não/ ( ) Sim. O quê, quantidade e horários? _____ _____ _____	
Água/dia:	Óleo/mês: Nº pessoas/casa: mL/pessoa:	Açúcar: ( ) Não/ ( ) Sim. Qual? Quantidade (gotas ou sachês/dia):	
Café (mL/dia):			

## 8. DIA ALIMENTAR HABITUAL

Horário/local	Refeição	Alimentos/ Preparações	Quantidade

## 9. FREQUÊNCIA ALIMENTAR

Arroz, pães, macarrão, vegetal C	( ) diário	_____ x/sem	_____ /mês	( ) Raro	( ) Nunca
Leite e derivados	( ) diário	_____ x/sem	_____ /mês	( ) Raro	( ) Nunca
Leguminosas	( ) diário	_____ x/sem	_____ /mês	( ) Raro	( ) Nunca

Carnes e ovos	( ) diário	_____ x/sem	_____ /mês	( ) Raro	( ) Nunca
Folhosos, vegetal A	( ) diário	_____ x/sem	_____ /mês	( ) Raro	( ) Nunca
Hortalças, vegetal B	( ) diário	_____ x/sem	_____ /mês	( ) Raro	( ) Nunca
Frutas	( ) diário	_____ x/sem	_____ /mês	( ) Raro	( ) Nunca
Castanhas, sementes	( ) diário	_____ x/sem	_____ /mês	( ) Raro	( ) Nunca
Preparações fritas	( ) diário	_____ x/sem	_____ /mês	( ) Raro	( ) Nunca
Doces/guloseimas	( ) diário	_____ x/sem	_____ /mês	( ) Raro	( ) Nunca
Refrigerantes/Suco artificial	( ) diário	_____ x/sem	_____ /mês	( ) Raro	( ) Nunca
Açúcar de adição	( ) diário	_____ x/sem	_____ /mês	( ) Raro	( ) Nunca
Alimentos processados	( ) diário	_____ x/sem	_____ /mês	( ) Raro	( ) Nunca
Alimentos ultraprocessados	( ) diário	_____ x/sem	_____ /mês	( ) Raro	( ) Nunca
<i>Fast foods</i>	( ) diário	_____ x/sem	_____ /mês	( ) Raro	( ) Nunca

## 10. CONDUTA NUTRICIONAL

Dieta Prescrita:					Orientações:	
VET:	Kcal/ kg/peso atual:	Ptn g/kg: %:	Cho: %: g:	Lip: %: g:		

Metas para o retorno: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## 5.4. GESTANTE RETORNO

Nome: \_\_\_\_\_ Prontuário: \_\_\_\_\_ Data: \_\_/\_\_/\_\_

Último retorno: \_\_/\_\_/\_\_

Motivo do retorno: \_\_\_\_\_ Telefone c/

DDD: \_\_\_\_\_

Metas da consulta anterior: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 1. ANTROPOMETRIA E DADOS CLÍNICOS

Idade gestacional:	Altura:	Peso atual:  Peso anterior:	IMC atual:	Ganho/perda peso: Em quanto tempo:	Edema: ( ) Ausente ( ) Tornozelo ( ) Membros inferiores
EN atual: ( ) Baixo peso/ ( ) Adequado/ ( ) Sobrepeso/ ( ) Obesidade					
Necessidade de reprogramação de ganho de peso: ( ) Não/ ( ) Sim. Semanal: _____ Mensal: _____ Até final da gestação:					
Sinais e Sintomas atuais: ( ) Náuseas ( ) Vômitos	( ) Sialorréia ( ) Fraqueza ( ) Pirose	( ) Plenitude ( ) Obstipação. Dias: Diurese:	( ) Pica. Qual? Quantidade: Frequência:		
Intercorrências: ( ) Não/ ( ) Sim. Quais?					
Exames (se houver):				Peso fetal provável (USG):  Peso fetal esperado p/ idd gestacional:	
Medicações:					

## 2. CONSUMO ALIMENTAR

Horário/local	Refeição	Alimentos/Preparações	Quantidade
Água/dia:	Óleo/mês:	Nº pessoas que comem na casa:	Café (mL/dia):
Adesão ao plano nutricional: ( ) Não/ ( ) Sim/ ( ) Parcial: 25%( )/ 50%( )/ 75%( )/ 100%( ) Dificuldades:			
Alimentos não tolerados ( ) Nenhum Quais?		Alimentos mais aceitos, quais?	
Horário(s) que sente mais fome:		Belisca? ( ) Não( ) Sim. O quê, quantidade e horários?	
Necessidade de reprogramar plano nutricional? ( ) Não/ ( ) Sim			

### 3. CONDUTA NUTRICIONAL

Dieta prescrita:					Orientações:
VET:	Kcal/ kg peso atual:	Ptn g/ kg: %:	Cho: %: g:	Lip: %: g:	
Metas para o retorno:					

### GLICEMIAS - AUTOMONITORIZAÇÃO DOMICILIAR.

Somente para gestantes diabéticas!

Data	Jejum	Após o café	Antes do almoço	Após o almoço	Antes do jantar	Após o jantar	23 h	2 h

## 5.5. LACTANTE PRIMEIRA CONSULTA

Nome: \_\_\_\_\_ Prontuário: \_\_\_\_\_  
 Data: \_\_/\_\_/\_\_

Motivo do encaminhamento: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

1. DADOS GERAIS				
Idade:	Fone c/ DDD:	Ocupação:	Renda familiar/ mês:	Estado civil: ( ) Com companheiro ( ) Sem companheiro
Escolaridade (nível finalizado): ( ) Sem instrução ( ) 1ª Fase E. Fundamental ( ) 2ª Fase E. Fundamental ( ) Ensino médio ( ) Ensino superior		Atividade Física: ( ) Não/ ( ) Sim. Qual? Frequência:	Tabagismo: ( ) Não/ ( ) Sim Cigarros/dia:	Bebida alcoólica: ( ) Não/ ( ) Sim. Qual? Quantidade:
Hábito Intestinal: Obstipação: ( ) Não/ ( ) Sim. Dias sem evacuar:				
2. ANTROPOMETRIA				
Altura: Peso atual: IMC atual: Ganho de peso na última gestação:			EN atual: ( ) Baixo peso/ ( ) Adequado ( ) Sobrepeso/ ( ) Obesidade	
3. PROGRAMAÇÃO DE PESO:				
Manter ( )	Reduzir ( ) Meta de peso: Total a reduzir: Redução mensal: Tempo para perder:		Ganhar ( ) Meta de peso: Total a ganhar: Ganho mensal: Tempo para ganhar:	

#### 4. DADOS ATUAIS

Data último parto:		Tipo de parto: ( ) Normal/ ( ) Cesárea	
Doenças na última gestação ou atuais: ( ) Hipertensão/ ( ) DM1/ ( ) DM2/ ( ) DMG/ ( ) Cardiopatia, Qual: ( ) Disfunção tireoidiana. Qual: ( ) Outras. Quais?			
Nº de lactentes:	Idade lactente(s):	Ganho peso lactente: ( ) Adequado/ ( ) Insuficiente	
Lactente tem alergia ou intolerância: ( ) Não/ ( ) Sim. Qual?			
Aleitamento materno: ( ) Exclusivo ( ) Misto		Frequência mamadas:	Tempo mamadas:

#### 5. EXAMES / DATA: / /

--

#### 6. AVALIAÇÃO ALIMENTAR

Alimentos não tolerados: ( ) Nenhum Quais?		Alimentos mais aceitos (quais)?	
Horário(s) que sente mais fome:		Belisca? ( ) Não ( ) Sim. O quê, quantidade e horários?	
Água/dia:	Óleo/mês:	Adoçante: ( ) Não ( ) Sim, Qual?  Quantidade (gotas ou sachês/dia):	
Café (ml/dia):	Nº pessoas/casa:  ml/pessoa:		

## 7. DIA ALIMENTAR HABITUAL

Horário/local	Refeição	Alimentos/Preparações	Quantidade

## 8. FREQUÊNCIA ALIMENTAR

Arroz, macarrão, Vegetal C,	( ) diário	____ x/sem	____ /mês	( ) Raro	( ) Nunca
Leite e derivados	( ) diário	____ x/sem	____ /mês	( ) Raro	( ) Nunca
Leguminosas	( ) diário	____ x/sem	____ /mês	( ) Raro	( ) Nunca
Carnes e ovos	( ) diário	____ x/sem	____ /mês	( ) Raro	( ) Nunca
Folhosos, vegetal A	( ) diário	____ x/sem	____ /mês	( ) Raro	( ) Nunca
Hortaliças, vegetal B	( ) diário	____ x/sem	____ /mês	( ) Raro	( ) Nunca
Frutas	( ) diário	____ x/sem	____ /mês	( ) Raro	( ) Nunca
Castanhas, sementes	( ) diário	____ x/sem	____ /mês	( ) Raro	( ) Nunca
Preparações fritas	( ) diário	____ x/sem	____ /mês	( ) Raro	( ) Nunca
Doces/guloseimas	( ) diário	____ x/sem	____ /mês	( ) Raro	( ) Nunca

Refrigerante/Suco artificial	( ) diário	____ x/sem	___ / mês	( ) Raro	( ) Nunca
Açúcar	( ) diário	____ x/sem	___ / mês	( ) Raro	( ) Nunca
Alimentos processados	( ) diário	____ x/sem	___ / mês	( ) Raro	( ) Nunca
Alimentos ultraprocessados	( ) diário	____ x/sem	___ / mês	( ) Raro	( ) Nunca
<i>Fast foods</i>	( ) diário	____ x/sem	___ / mês	( ) Raro	( ) Nunca

### 9. CONDUTA NUTRICIONAL

Dieta Prescrita:					Orientações:	
VET:	Kcal/kg/peso atual:	Ptn g/kg: %:	Cho: %: g:	Lip: %: g:		
Metas para o retorno:						

## 5.6. LACTANTE RETORNO

Nome: \_\_\_\_\_ Prontuário: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Telefone c/DDD: \_\_\_\_\_

Último retorno: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Motivo do retorno: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Metas da consulta anterior: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 1. ANTROPOMETRIA E DADOS CLÍNICOS

Altura:	EN atual: ( )	Meta da consulta anterior: ( ) Perder ( )/ Ganhar/ ( ) Manter
Peso última consulta:	Baixo peso ( )	Quantidade: _____kg ( ) Alcançada
Peso atual:	Adequado ( )	( ) Não alcançada
IMC atual:	Sobrepeso ( ) Obesidade	

Necessidade de reprogramação do peso: ( ) Não/ ( ) Sim

Sinais e Sintomas atuais:

( ) Fraqueza/ ( ) Pirose/ ( ) Plenitude/ ( ) Obstipação. Dias: \_\_\_\_\_. Diurese: \_\_\_\_\_.

Intercorrências: ( ) Não/ ( ) Sim. Quais?

### 2. EXAMES

DATA: / / .

Hemácia:	Glicemia jejum:	Triglicérides:	Outros:
Hemoglobina:	Glicemia pós prandial:	Colesterol total:	
Hematócrito:	Hemoglobina glicada:	HDL:	
		LDL:	

### 3. DIA ALIMENTAR HABITUAL

Horário/local	Refeição	Alimentos/Preparações	Quantidade
Água/dia:	Óleo/mês:	Nº pessoas que comem na casa:	Café (mL/dia):
Adesão ao plano nutricional: ( ) Não/ ( ) Sim/ ( ) Parcial: 25%( ) 50%( ) 75%( ) 100%( ) Dificuldades:			
Alimentos não tolerados ( ) Nenhum Quais?		Alimentos mais aceitos, quais?	
Horário(s) que sente mais fome:		Belisca? ( ) Não/ ( ) Sim. O quê, quantidade e horários?	
Necessidade de reprogramar plano nutricional? ( ) Não/ ( ) Sim			

### 4. CONDUTA NUTRICIONAL

Dieta Prescrita:					Orientações:
VET:	Kcal/ kg/peso atual:	Ptn g/ kg: %:	Cho: %: g:	Lip: %: g:	
Metas para o retorno:					

## 5.7. PEDIATRIA PRIMEIRA CONSULTA

1. IDENTIFICAÇÃO		
Nome: Nº prontuário:		Data: ___/___/___
Sexo: ( ) Masculino/ ( ) Feminino	DN: ___/___/___	Idade: ___a m
Acompanhante (grau de parentesco): Telefone para contato com DDD: ( )		
2. DINÂMICA FAMILIAR E DADOS SÓCIOECONÔMICOS		
Com quem mora:	Saneamento básico: ( ) Rede de esgoto/ ( ) Água encanada/ ( ) Luz elétrica	
3. HISTÓRIA CLÍNICA ATUAL		
Diagnóstico médico:		
Motivo da consulta/Queixa principal:		
Histórico da doença atual (Início do quadro, tratamentos anteriores com dietas ou medicações):		
Outras doenças associadas:		
Funcionamento intestinal: Frequência: Consistência: (Escala de Bristol)		
Cor da diurese: ( ) Transparente/ ( ) Amarelo claro/ ( ) Amarelo escuro/ ( ) Laranja/ ( ) Avermelhada		
Medicamentos em uso:		
4. HISTÓRIA NUTRICIONAL PREGRESSA E ATUAL		
Peso ao nascer:	Estatura ao nascer:	Idade gestacional:
Aleitamento materno: ( ) Exclusivo até 6 meses ( ) Misto com leite de vaca ( ) Misto com fórmula infantil ( ) Não recebeu Duração:	Introdução alimentar: Idade de início: Início com: ( ) Suco/água/chá/ ( ) Fruta ( ) Papa principal Alimentos eram liquidificados e/ou peneirados: ( ) Sim/ ( ) Não	

<b>Alimentação:</b> Dificuldade em mastigar os alimentos: ( ) Não/ ( ) Sim, quais?  Dificuldade em deglutir os alimentos: ( ) Não/ ( ) Sim, quais?		<b>Consistência dos alimentos:</b> ( ) Sopa: ( ) batida/ ( ) em pedaços ( ) Pastosa ( ) Branda ( ) Livre	
<b>Intolerância alimentar?</b> ( ) Não/ ( ) Sim. Qual?	<b>Alergia alimentar?</b> ( ) Não/ ( ) Sim. Qual?	<b>Suplemento alimentar:</b> ( ) Não/ ( ) Sim. Qual?	
<b>Complexo vitamínico/mineral:</b> ( ) Não/ ( ) Sim. Qual?	<b>Preferências alimentares:</b>	<b>Aversões alimentares:</b>	
Via de alimentação: ( ) Oral/ ( ) Enteral/ ( ) Oral e Enteral			
<b>5. DIA ALIMENTAR HABITUAL</b>			
<b>Horário/Local</b>	<b>Alimentos/ Preparações</b>	<b>Quantidade</b>	
<b>Ingestão hídrica/dia:</b>	<b>Consumo mensal:</b> Açúcar:                      Óleo:                      Sal:		
<b>Tempero de preparo dos alimentos:</b> ( ) Alho/ ( ) Sal/ ( ) / Condimentos/ ( ) Industrializado			

## 6. EXAME FÍSICO

Massa Muscular			
Local	Sem perda	Perda moderada	Perda grave
Têmporas			
Clavículas			
Ombros			
Escápula			
Quadríceps			
Panturrilha			
Gordura Subcutânea			
Local	Sem perda	Perda moderada	Perda grave
Maças do rosto			
Bíceps			
Tríceps			
Costelas			
Nádegas			
Outras observações (cabelos, mucosas, pele, olhos, edema - pés, tornozelos e região sacral)			

## 7. EXAMES BIOQUÍMICOS

Hematócrito (%):	Plaquetas (ul):	Creatinina (mg/dl):
Hemoglobina (g/dl):	Colesterol total (mg/dl):	Ureia (mg/dl):
VCM (fL):	LDL (mg/dl):	Ácido úrico (mg/dl):
HCM (pg):	HDL (mg/dl):	TSH (mU/L):
CHCM (%):	Tríglicerídeos (mg/dl):	T4 livre (mg/dl):
RDW (%):	Glicemia de jejum (mg/dl):	Ferro (mcg/dl):
Leucócitos totais (ul):	Hemoglobina glicada (%):	Ferritina (mcg/l):
Outros:		

**8. AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA**

Peso:	CC:	CMB:	IMC/I:	P/I:
Altura:				
IMC:	CB:	PCT:	P/E:	E/I:

**9. IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA**

--

**10. DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL**

<input type="checkbox"/> Magreza acentuada/ <input type="checkbox"/> Magreza	<input type="checkbox"/> Eutrofia	<input type="checkbox"/> Sobrepeso	<input type="checkbox"/> Obesidade/ <input type="checkbox"/> Obesidade grave
---	--------------------------------------	---------------------------------------	--

**11. NECESSIDADES NUTRICIONAIS**

Calórica	kcal/kg	P:	kcal/dia	Proteica:	g/kg	peso:	g/dia
----------	---------	----	----------	-----------	------	-------	-------

Macro e micronutrientes relevantes:

**12. CONDUTA**

--

## 5.8. PEDIATRIA RETORNO

1. IDENTIFICAÇÃO		
Nome: Nº prontuário:		Data: ___/___/___
Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino	DN: ___/___/___	Idade: ___a ___m
Nome do acompanhante (grau de parentesco): Telefone para contato com DDD: ( )		
2. HISTÓRIA CLÍNICA ATUAL		
Diagnóstico médico:		
Queixa principal:		
Avaliação das condutas e metas estabelecidas na última consulta:		
Funcionamento intestinal: Frequência: Consistência: (Escala de Bristol)		
Cor da diurese: ( ) Transparente/ ( ) Amarelo claro/ ( ) Amarelo escuro/ ( ) Laranja/ ( ) Avermelhada		
Medicamentos em uso:		
Suplemento alimentar: ( ) Não/ ( ) Sim. Qual?	Complexo vitamínico e mineral: ( ) Não/ ( ) Sim. Qual?	
3. HISTÓRIA NUTRICIONAL ATUAL		
Via de alimentação: ( ) Oral/ ( ) Enteral/ ( ) Oral e Enteral		



## 5. 5. EXAME FÍSICO

Massa Muscular			
Local	Sem perda	Perda moderada	Perda grave
Têmporas			
Clavículas			
Ombros			
Escápula			
Quadríceps			
Panturrilha			
Gordura Subcutânea			
Local	Sem perda	Perda moderada	Perda grave
Maçã do rosto			
Bíceps			
Tríceps			
Costelas			
Nádegas			
Outras observações (cabelos, mucosas, pele, olhos, edema - pés, tornozelos e região sacral)			
6. EXAMES BIOQUÍMICOS			
Hematócrito (%):	Plaquetas (ul):	Creatinina (mg/dl):	
Hemoglobina (g/dl):	Coolesterol total (mg/dl):	Ureia (mg/dl):	
VCM (fL):	LDL (mg/dl):	Ácido úrico (mg/dl):	
HCM (pg):	HDL (mg/dl):	TSH (mU/L):	
CHCM (%):	Triglicerídeos (mg/dl):	T4 livre (mg/dl):	
RDW (%):	Glicemia de jejum (mg/dl):	Ferro (mcg/dl):	
Leucócitos totais (ul):	Hemoglobina Glicada (%):	Ferritina (mcg/l):	
Outros:			

**7. AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA**

Peso:	CC:	CMB:	IMC/I:
Altura:	CB:	P/I:	P/E:
IMC:	PCT:	E/I:	

Alteração de peso desde a última consulta:

**8. IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA****9. DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL**

<input type="checkbox"/> Magreza acentuada	<input type="checkbox"/> Eutrofia	<input type="checkbox"/> Obesidade
<input type="checkbox"/> Magreza	<input type="checkbox"/> Sobrepeso	<input type="checkbox"/> Obesidade grave

**10. NECESSIDADES NUTRICIONAIS**

Calórica:	kcal/kg P	kcal/dia
Proteica:	g/kg P	g/dia

Macro e micronutrientes relevantes: \_\_\_\_\_

**11. CONDUTA**

## 5.9. FICHAS ESPECÍFICAS

AMBULATÓRIO CIRURGIA BARIÁTRICA	
PO de cirurgia bariátrica: ( ) Não ( ) Sim	
Medicamentos/ suplementos relacionados a cirurgia:	
Em progressão da consistência de dieta via oral: ( ) Não ( ) Sim. Qual?	
Avaliação física	
Ingestão de goles: ( ) goles menores/ ( ) goles maiores	
Mucosas: ( ) hipocorada/ ( ) corada	
Queda de cabelo: ( ) sim ( ) não	
Unhas quebradiças: ( ) sim ( ) não	

EMAGRECIMENTO (Conduta Tradicional)	
História do ganho de peso:	Quando começou a ganhar peso:
	Como começou o seu desejo de emagrecer:
	O que fez desejar isso agora:

EMAGRECIMENTO (Conduta Comportamental)

## EMAGRECIMENTO (Conduta Comportamental)

### 1. Motivações e estágios de mudança:

Como você se sente em relação a sua alimentação atual?

Você já pensou em fazer mudanças na sua alimentação?

Por quais razões você gostaria de manter a sua alimentação atual?

### 2. Representação da quantidade:

O que você acha da quantidade que come?

O que essa quantidade representa para você? Como se sente?

### 3. Experiências anteriores de mudança alimentar:

Você já fez mudanças alimentares? ( ) Sim/ ( ) Não

Se sim, foram mantidas? ( ) Sim/ ( ) Não

Por quanto tempo? \_\_\_\_\_

Que dificuldade encontrou no processo de mudança?

Como lidou com essas dificuldades?

### 4. Possíveis barreiras para mudanças/ Lidando com as barreiras:

O que pode atrapalhar sua mudança?

O que você faz agora quando se defronta com as barreiras?

O que você poderia fazer quando se defrontar com as barreiras?

Quem poderia te ajudar?

Que situações tornariam a mudança mais difícil?

### EMAGRECIMENTO (Conduta Comportamental) – Retorno

De 1 a 10, sendo 1 não fui bem e 10 fui muito bem, como você avaliaria seu progresso desde a última consulta? \_\_\_\_.

Sobre as últimas semanas:

O que foi bem?	O que não foi muito bem?	O que poderia fazer para melhorar?

De 1 a 10, sendo 1 nem um pouco motivado e 10 totalmente motivado, o quanto você está motivado a:

Metas	Nota	O que fazer para aumentar sua motivação? (Quando nota < 5)
1.		
2.		
3.		

De 1 a 10, sendo 1 um pouco importante e 10 totalmente importante, o quanto é importante para mim neste momento:

Metas	Nota	Razões pelas quais metas não tem importância no momento? (Quando nota < 5)
1.		
2.		
3.		

De 1 a 10, sendo 1 um pouco confiante e 10 totalmente confiante, o quanto estou confiante a continuar a:

Metas	Nota	O que falta para ter mais confiança? (Quando nota < 5)	
1.			
2.			
3.			
Como foi sua experiência com esse plano de ação?			
Facilidades		Dificuldades	
	Qual?	Como se sentiu?	Como mudar?

### TERAPIA NUTRICIONAL

História da perda de peso:	Quando começou a perder peso?
Usa/usou suplemento alimentar: ( ) Sim ( ) Não. Se sim, qual? _____ Frequência/quantidade: _____ _____	
Mudanças na consistência/quantidade da dieta:	

### AMBULATÓRIO NEFROLOGIA

<input type="checkbox"/> Hemodiálise	<input type="checkbox"/> Diálise Peritoneal
Local / cidade: _____ _____	<input type="checkbox"/> intermitente <input type="checkbox"/> ambulatorial contínua <input type="checkbox"/> automatizada
Nº sessões por semana: _____	No de bolsas /dia: _____
Há quanto tempo faz HD? _____	Concentração de glicose da bolsa: _____
Utiliza:	Quantidade de glicose total absorvida (g): _____
<input type="checkbox"/> Fístula artério-venosa	
<input type="checkbox"/> Cateter Venoso	
Local:	
Já teve alguma complicação no acesso? ____ _____ _____.	

### AMBULATÓRIO NUTRIÇÃO E MASTOLOGIA

#### 1ª CONSULTA NUTRICIONAL

Data (mês/ano) do diagnóstico:	
Estadiamento: ( )0/ ( )I/ ( )IA/ ( )IIA/ ( )IIB/ ( )IIIA/ ( )IIIB/ ( )IIIC/ ( )IV	
Qual tratamento quimioterápico: ( ) neoadjuvante/ ( ) adjuvante	Fez retirada cirúrgica do tumor?
Regime/ciclo:	
Está em uso de glicocorticoide: ( ) Sim/ ( ) Não, mas já usou e faz _____ meses que parou. ( ) Não, nunca usou.	
Está em uso de inibidor de aromatase: ( ) Sim, qual _____ ( ) Não	
Está em uso de tamoxifeno: ( ) Sim/ ( ) Não. ( ) Não, mas já usou e faz _____ meses que parou.	

Faz uso de suplemento de cálcio: ( ) Sim, qual _____/ ( ) Diário/ ( ) Semanal/ ( ) mensal.			
( ) Não, nunca usou ( )/ Não, mas já usou e faz _____ meses que parou.			
Faz uso de suplemento de Vitamina D: ( ) Sim, qual _____/ ( ) Diário/ ( ) Semanal/ ( ) mensal.			
( ) Não, nunca usou ( )/ Não, mas já usou e faz _____ meses que parou.			
Utiliza algum outro suplemento/complexo vitamínico: ( ) Não/ ( ) Sim, quais: _____.			
Sintomas gastrointestinais: ( ) Não/ ( ) Vômitos/ ( ) Náuseas/ ( ) Plenitude gástrica/ ( ) Pirose/ ( ) Disfagia/ ( ) Odinofagia/ ( ) Xerostomia/ ( ) Alteração de paladar/ ( ) Perda de paladar/ ( ) Mucosite			
Alimentos que come melhor durante a quimio:		Alimentos não tolerados durante a quimio:	
<b>1ª CONSULTA DE AVALIAÇÃO NUTRICIONAL</b>			
Altura:	Peso atual:	Peso usual:	Peso ideal: (altura <sup>2</sup> x 21)
Paciente edemaciada: ( ) Não/ ( ) Sim	Local do edema: ( ) Tornozelo ( ) Joelho ( ) Base da coxa ( ) Anasarca	Peso seco:	Peso ajustado:  Para desnutrição: (PA-PI) x 0,25 + PI  Para obesidade: (PA-PI) x 0,25 PI
Alteração de peso nos últimos 6 meses? ( ) Perdeu _____Kg _____% ( ) ≥ 10% Perda significativa ( ) < 10 % Perda severa ( ) Ganhou _____ Kg _____%	IMC: Adulto: ( ) Baixo peso: 18,5-24,9 ( ) Eutrófico: 18,5-24,9 ( ) Sobrepeso: 25,0-29,9 ( ) Obesidade I: 30,0-34,9 ( ) Obesidade II: 35,0-39,9 ( ) Obesidade III: ≥40,0		Idosos ( ) Baixo peso: < 22 ( ) Eutrofia: 23 < 27 ( ) Sobrepeso: > 27

<p>Circ. do braço: _____</p> <p>Adequação da % CB = CB obtida (cm)/ CB no pº 50</p> <p>Classificação %CB:</p> <p>( ) Desn. grave &lt; 70 %</p> <p>( ) Eutrofia 90-110%</p> <p>( ) Desn. moderada 70-80%</p> <p>( ) Sobrepeso 110-120%</p> <p>( ) Desn. leve 80-90%</p> <p>( ) Obesidade &gt;120%</p>	<p>Circ. da cintura:</p> <p>( ) Adequada &lt; 80 cm</p> <p>( ) Inadequada &gt; 80 cm (adiposidade corporal central, FRCV)</p>
	<p>Circ. da panturrilha (idosos):</p> <p>( ) Adequado &gt; 33 cm</p> <p>( ) Redução de massa magra ≤ 33 cm</p>
<p>Dinamometria:</p> <p>Mão dominante (D) (E)</p> <p>1ª Medida: _____ kgf 2ª Medida: _____ kgf 3ª Medida: _____ kgf</p> <p>Mão não dominante (D) (E)</p> <p>1ª Medida: _____ kgf 2ª Medida: _____ kgf 3ª Medida: _____ kgf</p> <p>Paciente fez esvaziamento axilar? ( ) Não/ ( ) Sim. Qual lado? ( ) direito/ ( ) esquerdo.</p> <p>Classificação: ( ) Adequado &gt; 16 kg/ ( ) Baixa força ≤ 16 kgF</p>	
<p>BIA:</p> <p>Massa gorda _____ kg _____%</p> <p>Massa magra _____ kg _____%</p> <p>TMB: _____ kcal</p> <p>Água corporal total _____ litros</p> <p>Água intracelular _____ litros _____%</p> <p>Água extracelular _____ litros _____%</p> <p>Ângulo de fase: _____</p> <p>Capacitância: _____ pF</p> <p>Resistência: _____ ohms</p> <p>Reactância: _____ ohms</p>	
<p>ASG-PPP (A) Bem nutrido (B) Desn. leve a moderada (C) Desn. grave</p>	



CAPÍTULO 3

# FLUXOS DE ATENDIMENTO E RECOMENDAÇÕES

## 6. Ambulatórios

### 6.1. GERAL

#### 6.1.1. Fluxo de Atendimento

##### Qual o público do ambulatório?

Pacientes com idade  $\geq 18$  anos, em risco nutricional e/ou terapia nutricional via oral (exceto pacientes da hematologia e pacientes em terapia nutricional enteral, que devem ser encaminhados aos ambulatórios específicos)

##### Como encaminhar?

Encaminhado por meio de ficha de interconsulta (Anexo 1)

##### Qual a forma de atendimento?

Atendimento individualizado

##### Periodicidade de atendimentos:

Após alta hospitalar: agendar a primeira consulta em até uma semana;

Semanal, para pacientes com risco nutricional alto e/ou baixa adesão às metas propostas;

Mensal: paciente com  $\uparrow$  risco nutricional, mas com boa evolução e adesão às metas;

A cada 3 meses: pacientes com  $\downarrow$  risco nutricional, boa evolução e adesão às metas propostas.

##### Tempo de consulta:

Primeira consulta 40 min

Consultas de retorno 30 min

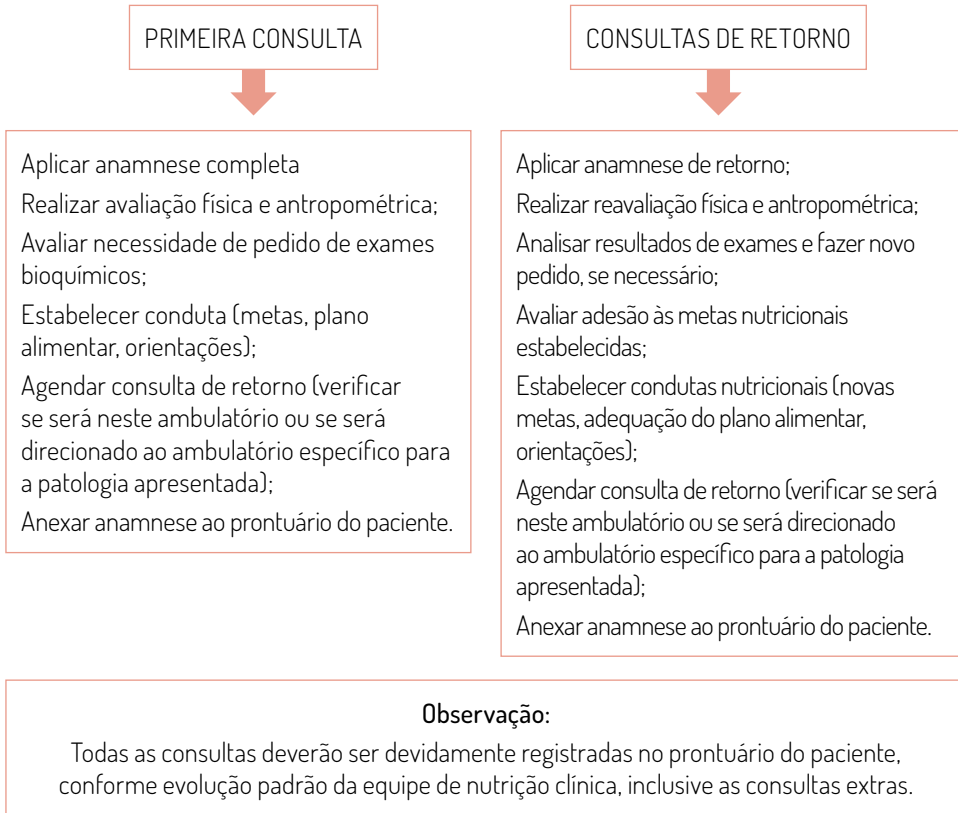
**Exames:** solicitados na primeira consulta para todos e repetidos a cada 6 meses ou conforme necessidade:

Hemograma completo, Glicemia, Perfil lipídico. Solicitados de acordo com a patologia apresentada e repetidos a cada 6 meses ou conforme necessidade: Ferritina; Hemoglobina Glicada; Creatinina; Ureia; Hormônio estimulante de tireoide; Tiroxina; Ferro; Transferrina; Ácido fólico; Ácido úrico; AST; ALT; Proteinograma, Vitamina B12.

**Critérios para retorno:** verificar dificuldades e facilidades na adesão do tratamento nutricional proposto; acompanhar plano alimentar e/ou metas propostas, continuar o acompanhamento para recuperação do estado nutricional. Verificar a possibilidade de encaminhamento ao ambulatório específico para a patologia apresentada. Caso o tempo de espera seja elevado, continuar os retornos no ambulatório de alta hospitalar até conseguir o atendimento no ambulatório específico.

**Metas para alta:** boa adesão ao tratamento e recuperação total do estado nutricional

**Desligamento:** 3 faltas consecutivas não justificadas ou a pedido do paciente.



## 6.1.2. Recomendações

Figura 6. Fluxo de atendimento e recomendações nutricionais do ambulatório geral (adulto).

### Recomendações Nutricionais

- O ambulatório de alta hospitalar recebe pacientes com patologias diversas;
- Para a prescrição nutricional, bem como as recomendações neste ambulatório, o nutricionista deverá consultar o “Protocolo de Atendimento Nutricional do Paciente Hospitalizado”<sup>1</sup> e localizar as recomendações previstas para a patologia em questão.

\*Disponível em: [https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-centro-oeste/hc-ufg/saude/ambulatorios-e-servicos/nutricao-clinica/NutricaoProtocolo\\_Adulto.pdf](https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-centro-oeste/hc-ufg/saude/ambulatorios-e-servicos/nutricao-clinica/NutricaoProtocolo_Adulto.pdf)

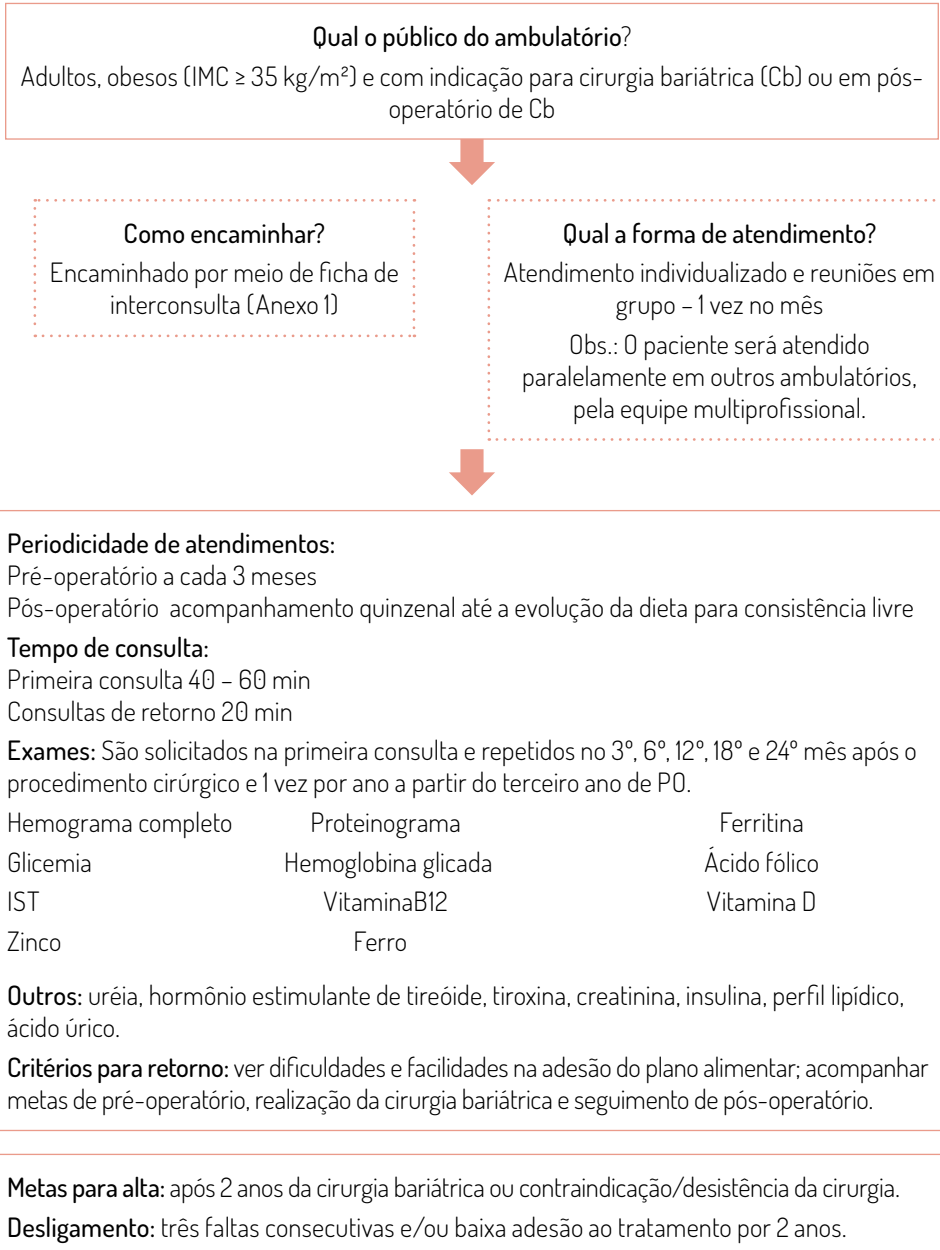
### Referência

Carvalho APPF et al. Protocolo de atendimento nutricional do paciente hospitalizado - adulto e idoso. v. 2, Goiânia: Gráfica UFG, 2016. 171 p.

## 6.2. CIRURGIA BARIÁTRICA

### 6.2.1. Fluxo de Atendimento

Figura 7. Fluxo de atendimento e recomendações nutricionais do ambulatório de cirurgia bariátrica.



## PRIMEIRA CONSULTA

Aplicar anamnese completa + especificidades  
 Identificação  
 Dados socioeconômicos, dados clínicos e histórico da obesidade  
 Avaliação física  
 Avaliação antropométrica (peso, altura, IMC)  
 Avaliação do consumo alimentar e hábitos de vida  
 Pedidos de exame  
 Condutas nutricionais com estabelecimento de metas nutricionais e entrega de plano alimentar, inicialmente, sem quantidade (Capítulo 19- Protocolo de atendimento nutricional do paciente hospitalizado, volume 2- adulto/idoso)  
 Evolução

## CONSULTAS DE RETORNO

Aplicar anamnese de retorno + especificidades  
 Identificação  
 Reavaliação dietética  
 Avaliação das metas nutricionais estabelecidas  
 Reavaliação física e antropométrica  
 Análise de resultados de exames e pedido de novos, se necessário  
 Realização do teste do copinho  
 Análise para entrega do laudo da nutrição  
 Condutas nutricionais com ajustes do plano alimentar e metas  
 Evolução

## Recomendações Nutricionais

Cálculo das necessidades calóricas, proteicas e distribuição de macronutrientes, evolução da dieta: ver quadros a seguir.

Recomendação de micronutrientes: ver quadro a seguir.

Orientações nutricionais: com o objetivo de perda de peso e/ou alterações na consistência da dieta no pós-operatório de Cb.

Planos alimentares entregues: para emagrecimento (conforme metas de pré-operatório) ou para evolução da consistência da dieta (pós-operatório).

## 6.2.2. Recomendações

Quadro 3. Recomendações nutricionais para o paciente obeso em pré-operatório.

Nutrientes	Recomendações
Energia	20 Kcal/ Kg peso ajustado/ dia <sup>1</sup> ou Déficit calórico de 500 a 1000 Kcal/dia <sup>2</sup>
Carboidratos	55 – 60% do VET <sup>2</sup>
Proteínas	15 – 20% do VET <sup>2</sup> 1,5 g/ Kg de peso ideal (IMC: 25 kg/m <sup>2</sup> ) <sup>1</sup>
Lipídeos	20 – 30% do VET <sup>2</sup>
Fibras	25 – 30 g <sup>2</sup>

Fonte: 1,2.

Quadro 4. Recomendações nutricionais para o paciente obeso em pós-operatório.

Nutrientes	Recomendações <sup>3</sup>
Proteínas	1,5 g/kg peso ideal/dia ou 60 – 80 g/dia
Ingestão hídrica	30 mL/kg peso ideal/dia

Fonte: 3.

### Observações:

- Considerar IMC = 25 kg/m<sup>2</sup> para peso ideal.
- Para suplementação proteica, é indicado proteína do soro do leite.

Quadro 5. Evolução da dieta após cirurgia bariátrica

<b>Estágio da Dieta</b>	<b>Período</b>	<b>Alimentos Indicados</b>
Estágio I	1º dia de PO	Iniciar com dieta líquida restrita, composta por líquidos claros, isenta de sacarose, lactose e cafeína.
Estágio II	1ª e 2ª semanas	Dieta líquida completa, isenta de açúcar. Alimentos permitidos: leite sem lactose, iogurte e alimentos liquidificados e coados. Iniciar suplementação de polivitamínicos, minerais e proteína do soro do leite. Meta: ingestão proteica de 1,5 g/kg peso ideal, com no mínimo 60 g/dia.
Estágio III	3ª semana	Dieta líquida pastosa. Alimentos permitidos: leite, iogurte, suco de frutas, vitamina, mingau, sopa liquidificada, alimentos com menor índice glicêmico (todos liquidificados).
Estágio IV	4ª e 5ª semanas	Dieta pastosa. Alimentos permitidos: ovos, carne moída, frango desfiado, peixe, iogurte, leite, feijão batido, arroz papa, purês de frutas e legumes. Sempre priorizar o consumo de fontes proteicas.
Estágio V	6ª e 7ª semana	Dieta branda. Alimentos permitidos: frutas picadas, verduras cozidas, carnes cozidas em pedaços menores, feijão, arroz, leite e derivados. Alimentos cozidos e em pedaços menores. Manter boa qualidade alimentar, com princípios de alimentação saudável. Alguns pacientes toleram saladas no primeiro mês. Observar tolerância alimentar e sintomas.
Estágio VI	8ª semana Aumentar a tolerância alimentar	Dieta livre. Consistência sólida, de forma balanceada, contendo proteínas, frutas, vegetais e grãos. Consumir pequenos volumes de forma fracionada. Manutenção da suplementação de vitaminas, minerais e proteínas diariamente.

Fonte: 3,4 e 6.

Quadro 6. Recomendações de micronutrientes para o paciente obeso em pós-operatório.

Micronutrientes	Recomendações por técnica cirúrgica <sup>4</sup>	
	Sleeve	Bypass
Vitamina A	5.000 UI	5.000 – 10.000 UI
Vitamina D	Mínimo de 3.000 UI	Mínimo de 3.000 UI
Vitamina E	15 mg	15 mg
Vitamina K	55 mcg (mulheres) 65 mcg (homens)	55 mcg (mulheres) 65 mcg (homens)
Tiamina	Mínimo de 12 mg	Mínimo de 12 mg
Ácido fólico	400 – 800 mcg	400 – 800 mcg
Vitamina B12	350 – 500 mcg	350 – 500 mcg
Cálcio	1200 – 1500 mg	1200 – 1500 mg
Ferro	45 mg – 60 mg	45 mg – 60 mg
Zinco	8 – 11 mg	8 – 22 mg
Cobre	1 mg	2 mg
Selênio	52 mcg (mulheres) 68 mcg (homens)	52 mcg (mulheres) 68 mcg (homens)
Outros micronutrientes	considerar os valores da RDA.	

Fonte: 5.

## Observação:

- As necessidades de micronutrientes descritas são acima dos valores da RDA de cada nutriente, sendo necessária a prescrição médica de alguns nutrientes.

## Referências

1. Coppini LZ, Waitzberg DL, Sousa CM, Cukier C, Nascimento–Dock DB, Alvarez–Leite J, Faintuch J, Pasco MJ, Buzzini R. Projeto Diretrizes: Terapia Nutricional para Pacientes com Obesidade Extrema. São Paulo, Brasília: AMB/ CFM; 2011. 11 p.
2. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Diretrizes Brasileiras de Obesidade 2016. 4ª ed. Itapevi (SP): AC Farmacêutica; 2016. 186 p.
3. Dagan SS, Goldenshluger A, Globus I, Schweiger C, Kessler Y, Sandbank GK, Ben–Porat T, Sinai T. Nutritional Recommendations for Adult Bariatric Surgery Patients: Clinical Practice. *Adv Nutr.* 2017; 8:382–94.
4. Diniz MTC; Diniz MFHS; Sanches SRA; Rocha AL. S. Cirurgia Bariátrica e metabólica: abordagem multidisciplinar. São Paulo: Ed. Atheneu, 2012. 242 p.
5. Parrot J, Frank L, Rabena R, Craggs L, Isom, KA, Greiman L. American Society for Metabolic and Bariatric Surgery Integrated Health Nutritional Guidelines for the Surgical Weight Loss Patient 2016 Update: Micronutrients. *Surg obes relat dis.* 2017;13:727–41.
6. Bettini S, Belligoli A, Fabris R, Busetto L. Diet approach before and after bariatric surgery. *Reviews in Endocrine and Metabolic Disorders.* 2020;21:297–306.

## 6.3. EMAGRECIMENTO ADULTO

### 6.3.1. Fluxo de atendimento

Figura 8. Fluxo de atendimento do ambulatório de nutrição e emagrecimento adulto.

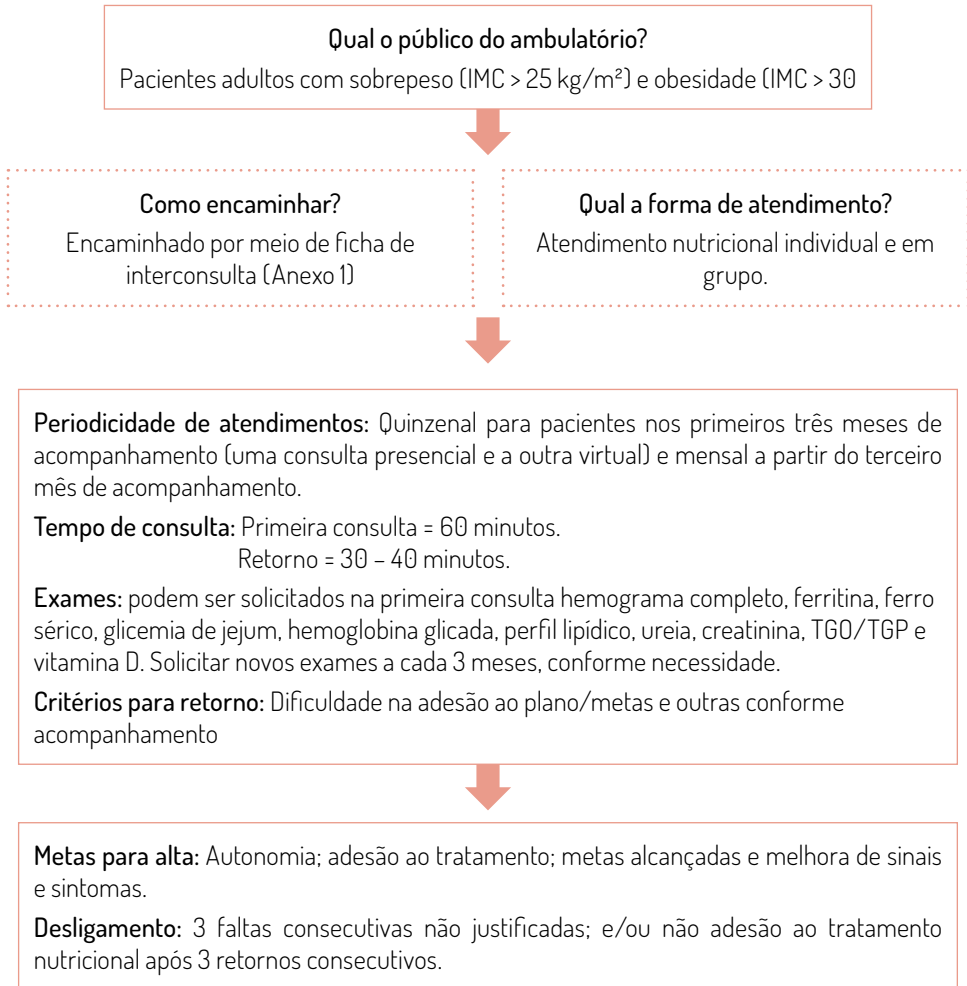


Figura 9 – Fluxo atendimento na primeira consulta e retorno por tipo de abordagem.

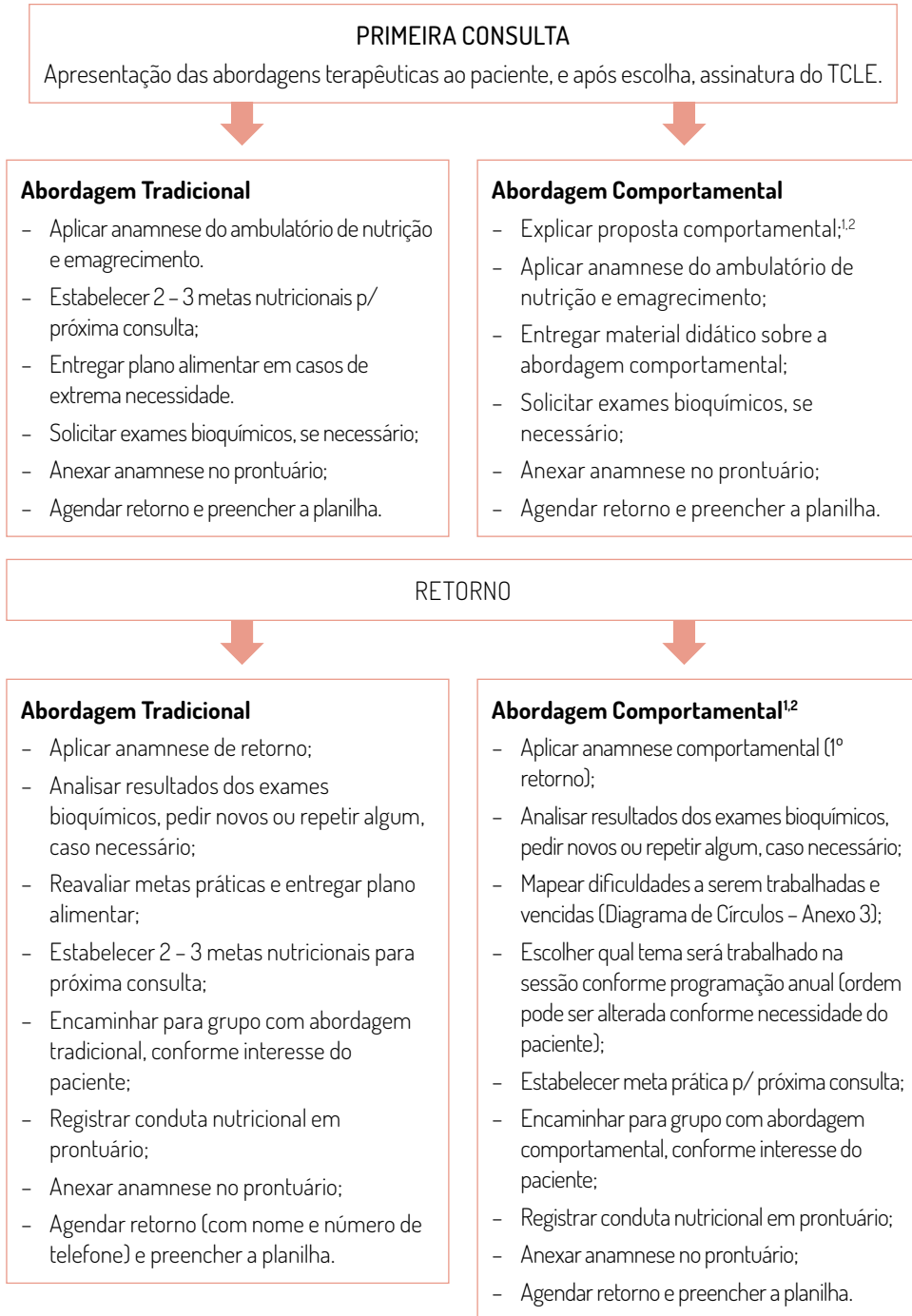


Figura 10- Programação anual de retornos do grupo para a abordagem comportamental.

**PROGRAMAÇÃO ANUAL DE RETORNOS AMBULATORIAIS PARA CONDUTA COMPORTAMENTAL<sup>1,2</sup>**



**Terceira sessão**

- Assunto: Por que as dietas não funcionam.
- Aplicar ferramentas.
- Elaborar meta.

**Quarta sessão**

- Reavaliar a meta anterior.
- Assunto: Como identificar a fome fisiológica.
- Aplicar ferramentas.
- Elaborar meta.

**Quinta sessão**

- Reavaliar a meta anterior.
- Assunto: Saciedade, tempo de saciedade e satisfação.
- Aplicar ferramentas.
- Elaborar meta.

**Sexta sessão**

- Reavaliar a meta anterior.
- Assunto: Fazendo as pazes com a atividade física.
- Aplicar ferramentas.
- Elaborar meta.

**Sétima sessão**

- Reavaliar a meta anterior.
- Assunto: Equilíbrio das refeições e planejamento alimentar.
- Aplicar ferramentas.
- Elaborar meta.

**Oitava sessão**

- Reavaliar a meta anterior.
- Assunto: Tipos de vontades.
- Aplicar ferramentas.
- Elaborar meta.

**Nona sessão**

- Reavaliar a meta anterior.
- Assunto: Comer emocional.
- Aplicar ferramentas.
- Elaborar meta.

**Décima sessão**

- Reavaliar a meta anterior.
- Assunto: comer restritivo, exagerado/ compulsivo.
- Aplicar ferramentas.
- Elaborar meta.

**Décima primeira sessão**

- Reavaliar a meta anterior.
- Assunto: Balanço do período.
- Aplicar ferramentas.
- Elaborar meta.

**Décima segunda sessão**

- Reavaliar a meta anterior.
- Assunto: Comer c/ atenção plena s/ julgamentos.
- Aplicar ferramentas.
- Elaborar meta.

**Décima terceira sessão**

- Reavaliar a meta anterior.
- Assunto: Mitos e crenças sobre alimentação.
- Aplicar ferramentas.
- Elaborar meta.

**Décima quarta sessão**

- Reavaliar a meta anterior.
- Assunto: Fazendo as pazes com o corpo.
- Aplicar ferramentas.
- Elaborar meta.

**Décima quinta sessão**

- Reavaliar a meta anterior.
- Assunto: Fazendo as pazes com o corpo 2.
- Aplicar ferramentas.
- Elaborar meta.

**Décima sexta sessão**

- Reavaliar a meta anterior.
- Assunto: Reversão de hábitos.
- Aplicar ferramentas.
- Elaborar meta.

**Décima sétima sessão**

- Reavaliar a meta anterior.
- Assunto: Parceria alimentar: envolvendo a família.
- Aplicar ferramentas.
- Elaborar meta.

**Décima oitava sessão**

- Reavaliar a meta anterior.
- Assunto: Prevenção de recaídas e treino em solução de problemas.
- Aplicar ferramentas.
- Elaborar meta.

**Décima nona sessão**

- Reavaliar a meta anterior.
- Assunto: Avaliação da mudança comportamental.
- Aplicar ferramentas.
- Elaborar meta.

Figura 11- Observações para a realização das sessões de retorno na abordagem comportamental.

## OBSERVAÇÕES PARA A REALIZAÇÃO DAS SESSÕES DE RETORNO NA CONDUTA COMPORTAMENTAL<sup>1,2</sup>

### SESSÃO 3: POR QUE AS DIETAS NÃO FUNCIONAM

**Objetivo:** entender por que as dietas não funcionam em longo prazo, que dietas restritivas e a prática de fazer dietas levam às oscilações de peso e a comportamentos transtornados com a comida e até transtornos alimentares.

**Como fazer:**

- Começar conversando sobre dietas que o paciente já fez na vida. Fazer um apanhado das dietas e dos ciclos de perda e ganho de peso através dos anos.
- Explorar com o paciente quais comportamentos ele carrega que são consequência da prática crônica de dietas. Perguntar ao paciente: como é para ele fazer dietas? Como ele pensa que deve ser a alimentação quando está de dieta? O que ele sente quando faz dieta? Como fica o humor dele? Ele come escondido? Tem episódios de descontrole com a comida em alguns momentos? A partir destas respostas, explicar que a prática de dietas não apenas engorda em longo prazo, como também torna as pessoas ansiosas, irritadas, infelizes com a alimentação, contribui para o pensamento de “tudo ou nada”, faz com que se pense mais em comida, gerando uma obsessão e contribuindo para episódios de compulsão ou descontrole, não respeita os sinais de fome e saciedade do nosso corpo, nos distanciando cada vez mais de um comer normal e contribui para a insatisfação corporal.
- Identificar no Diário Alimentar (Anexo 2) com o paciente, que comportamentos e hábitos citados acima ele tem. Transcrever para o Diagrama de Círculos (Anexo 3), transformando-os em metas de tratamento.
- Fazer uma explicação do Comer Intuitivo: é uma forma de comer que se baseia nos sinais internos do próprio corpo de fome e saciedade, e leva em consideração o que eu gosto de comer e o equilíbrio nutricional que eu preciso, para aprender a comer com autonomia sem nos guiar por dietas.

**Meta:** definir individualmente com o paciente.

### SESSÃO 4: COMO IDENTIFICAR A FOME FISIOLÓGICA

**Objetivo:** entender e identificar a fome física, e compreender que ela precisa ser ouvida e respeitada.

**Como fazer:**

- Apresentar a ferramenta de apoio: Entendendo a Fome Física (Anexo 4). A partir dela, definir o que é fome física, como ela se apresenta no organismo e as possíveis classificações da fome de 0 a 10. Explicar que a fome não é específica, no momento de fome o paciente pode escolher o que comer, dentre as opções que ele gosta e que estão disponíveis no momento. Perguntar ao paciente se ele consegue identificar sua fome de acordo com o que foi mostrado.
- Identificar no Diário Alimentar (Anexo 2) os momentos que ele sentiu fome física (não vontade de comer – isso será trabalhado em outra sessão).

**Meta:** fazer um diário da fome – antes de cada refeição, anotar o nível de fome de 0 a 10 e os momentos que comer sem fome nenhuma.

## SESSÃO 5: SACIEDADE, TEMPO DE SACIEDADE E SATISFAÇÃO

**Objetivo:** ajudar o paciente a identificar os sinais físicos de saciedade e a perceber qual é a hora de parar de comer de acordo com uma saciedade confortável, bem como entender fatores que influenciam no tempo de saciedade e a importância da satisfação nas refeições.

### Como fazer:

- Apresentar a ferramenta de apoio: entendendo a saciedade (Anexo 5), explicar o que é a saciedade ideal/confortável e perguntar qual o nível de saciedade dele após a maioria de suas refeições, de 0 a 10. Discutir sobre os benefícios de pararmos de comer em uma saciedade confortável para o nosso corpo, e a importância de comer devagar para percebermos isso com mais facilidade.
- Tempo de saciedade (Anexo 6): explicar quais fatores influenciam o tempo de saciedade (consumo de proteínas, fibras, gorduras etc.). Apresentar uma lista de alimentos e perguntar por quanto tempo ele sente o estômago cheio com cada alimento, ex: maçã, pão com manteiga, pão com ovo, prato completo de arroz, feijão, carne e salada, etc. Explicar que quando comemos alimentos fonte de carboidrato, a digestão é mais rápida, e com isso logo sentimos fome de novo. Por isso, é importante mantermos o equilíbrio entre os grupos alimentares na maioria das refeições.
- Satisfação: explicar a importância do prazer na alimentação, pois quando não ficamos felizes com o que comemos, buscamos satisfação em outros momentos, aumentando as chances de episódios de descontrole ou compulsão.

**Meta:** fazer um diário da saciedade e satisfação – após cada refeição, anotar o quanto ficou saciado e o quanto ficou feliz com aquela refeição, de 0 a 10. Perceber o tempo para sentir fome novamente (tempo de saciedade (Anexo 6) – essa última será usada posteriormente, na sessão de planejamento alimentar.

## SESSÃO 6: FAZENDO AS PAZES COM A ATIVIDADE FÍSICA

**Objetivo:** levar o paciente a entender a importância da atividade física para a saúde e como uma forma de autocuidado, desvincilhando da ideia de emagrecimento ou compensação pelo que comeu, e acessar sua motivação para se exercitar com prazer.

### Como fazer:

- Perguntar para o paciente se ele faz atividade física, quais ele já fez na vida, e se houve algum momento da vida dele que ele praticava alguma atividade. Perguntar se ele sabe a importância da atividade física e quais os benefícios ele sabe que traz. Em seguida, entender qual a relação dele com a atividade física: já foi obrigado a fazer para emagrecer? O que ele não gosta na atividade física? E o que gosta? Quais as principais dificuldades que o impedem de praticar atividade física?
- Levantar essas informações para entender o lado do paciente, entender as dificuldades e o que ele pensa sobre o exercício. Conversar sobre como a atividade física é importante para todas as pessoas, não só para quem quer emagrecer. Explicar como o foco no emagrecimento pode atrapalhar ao invés de ajudar, pois nos traz um sentimento de obrigação, e na maioria das vezes fazemos algo que não gostamos e de forma muito intensa, sendo que, se não vemos resultados rápidos, tendemos a desistir. Por isso, é importante praticar uma atividade que nos dá prazer e que é possível de ser mantida em longo prazo, independente de qual seja. A manutenção do exercício é muito mais importante para a saúde e até para a manutenção do peso saudável do que estar sempre começando e parando. Além disso, movimentar o corpo pode ir muito além do exercício físico, pode ser: descer de escada em vez de elevador, ir em um lugar a pé em vez de usar um veículo, caminhar na praça em vez de ficar o fim de semana todo sentado na TV, etc.
- Ferramentas sugeridas: monitoramento do tempo sedentário (Anexo 7).

**Meta:** elaborar uma lista de atividades que lhe dão prazer, bem como atitudes que podem ser tomadas no dia a dia para ser mais ativo. Aplicar nas próximas semanas.

## SESSÃO 7: EQUILÍBRIO DAS REFEIÇÕES E PLANEJAMENTO ALIMENTAR

**Objetivo:** ajudar o paciente a entender sobre grupos alimentares, como ter mais equilíbrio nas refeições e elaborar com ele um planejamento/estrutura alimentar qualitativo e simples que o auxilie no dia a dia.

**Como fazer:**

- Mostrar a ferramenta de Grupos Alimentares (Anexo 8) e discutir a importância de incluir todos os grupos no dia a dia, não excluindo nenhum deles. Discutir também a importância de ter equilíbrio entre os grupos. Nesse momento podem ser usadas as informações de Tempo de Satedade, mostrando para ele que a composição da refeição influencia nisso também. Falar sempre no sentido de qualidade, explicando que a quantidade será decidida de acordo com a fome demonstrada.
- Mostrar, na ferramenta, os exemplos de pratos com proporções equilibradas entre os grupos alimentares (Carboidratos, proteínas, lipídios, vitaminas e minerais).

**Meta:** montar com o paciente um planejamento alimentar simples e qualitativo, de acordo com a realidade dele, buscando incluir os grupos alimentares nas principais refeições do dia (café da manhã, almoço e jantar) de forma a melhorar a qualidade das refeições. Isso deve ser feito em conjunto, ouvindo o paciente e estimulando-o a colocar em prática o que foi aprendido na sessão.

## SESSÃO 8: TIPOS DE VONTADES

**Objetivo:** ajudar o paciente a entender quando está com vontade de comer (sem fome física) e identificar qual tipo de vontade é essa (vontade específica, vontade emocional ou vontade social)

**Como fazer:**

- Mostrar a ferramenta dos Tipos de Vontade (Anexo 9). Ler junto com o paciente cada uma delas e perguntar se consegue exemplificar esses tipos de vontade no seu dia a dia.
- Explicar para que além da nossa fome física, temos vontade de comer, que pode estar associada a uma emoção, a um momento social, ou ainda por sentir o cheiro ou ver o alimento. Quando temos vontade de comer um alimento específico nós podemos nos planejar para prepará-lo ou comprá-lo. Ter vontade de comer é normal, mas precisamos analisar se a comida está sendo frequentemente usada como um viés de conforto ou alívio emocional, levando a um comer exagerado ou até compulsivo. O primeiro passo, então, é conseguir identificar quando é cada uma dessas vontades.

**Meta:** fazer um registro alimentar escrevendo se comeu por fome física ou por vontade de comer, e qual era o tipo de vontade.

## SESSÃO 9: COMER EMOCIONAL

**Objetivo:** ajudar o paciente a identificar o comer emocional disfuncional e elaborar estratégias de outras coisas que pode fazer nesses momentos, além da comida (não vamos tentar resolver o problema emocional do paciente, e sim ajudá-lo a identificar qual sentimento está presente no momento de comer emocional, e elaborar estratégias alternativas para esses momentos).

**Como fazer:**

- Retomar o assunto da sessão 7 – Tipos de Vontades. Perguntar para o paciente se ele consegue identificar no seu dia a dia quando está comendo sem fome e de forma impulsiva/compulsiva/exagerada. Explorar um episódio recente desse comer emocional, para identificar situações que podem estar levando a essa atitude. Explicar que, muitas vezes, quando não identificamos o que estamos sentindo, não sabemos lidar de forma assertiva e o alimento vem como um “anestesiador” do sentimento. Uma emoção gera um pensamento, que gera uma atitude de comer, e após comer, vêm um alívio, que pode ser seguido de culpa e tristeza, e gerar mais desconforto ainda. Devemos ajudar o paciente a identificar os momentos recentes de comer emocional, e explorar com ele o que pode ter acontecido e qual emoção foi gerada (ferramenta: Identificando Sentimentos- Anexo 10).
- Após identificar o sentimento, iremos elaborar, junto com o paciente, comportamentos alternativos para quando ele sentir isso, sem ser comer, que irão fazê-lo se sentir melhor, e não culpado, como acontece com a comida. Para cada emoção, um tipo de comportamento pode ser adotado, pois cada emoção gera uma necessidade diferente (Ex: raiva – necessidade de extravasar o sentimento desabafar com alguém de confiança sobre a situação). É importante ressaltar que o motivo gerador dessa emoção, se é algo que sempre está presente na vida dele, precisa ser trabalhado em terapia, o que não é nosso papel (sugerir terapia para o paciente nesse momento).

**Meta:** colocar em prática os comportamentos alternativos para os momentos de comer emocional.

## SESSÃO 10: COMER NORMAL, RESTRITIVO, EXAGERADO E COMPULSIVO

**Objetivo:** mostrar ao paciente o que é um comer normal. Também apresentar os conceitos de comer restritivo e compulsivo e identificar esses últimos no registro alimentar do paciente.

**Como fazer:**

- Explicar para o paciente o que é o “comer normal”: comer de tudo, respeitando os sinais do corpo, sem categorizar os alimentos em bons ou ruins ou julgar a si mesmo ao comer. Nesse sentido, nós precisamos estabelecer limites, mas que é diferente de restrição. Limite é quando sabemos que podemos comer de tudo, mas de acordo com nossa fome, saciedade e nossa vontade no momento. Também, podemos deixar as “comidas especiais” para ocasiões especiais, não precisamos comer tudo todos os dias.
- Comer restritivo: é quando nos restringimos em quantidade (só posso comer 1 colher de arroz), ou em qualidade (não posso comer brigadeiro, só posso comer salada). Qualquer restrição não respeita nossos sinais internos e pode contribuir para episódios de exagero depois.
- Comer exagerado: é quando passamos da saciedade do corpo e ficamos fisicamente desconfortáveis. Podemos comer a mais porque está gostoso, ou porque é uma ocasião especial, e isso é normal, mas quando acontece com frequência, nosso corpo não gosta e se sente maltratado, e precisamos entender por que isso acontece (às vezes é por causa da própria restrição, como falamos anteriormente).
- Comer compulsivo: é quando se tem a sensação de perda de controle, com uma ingestão muito maior do que alguém comeria em uma situação normal, e com um sentimento de culpa e angústia após comer.
- Perguntar para o paciente se ele já consegue perceber estes tipos de comer no seu dia a dia, se há um comer exagerado ou compulsivo com frequência.

**Meta:** fazer refeições dentro de um contexto adequado, tanto de qualidade quanto quantidade, percebendo o comer restritivo, normal, exagerado ou compulsivo. Colocar em prática as orientações.

### SESSÃO 11: BALANÇO DO PERÍODO

**Objetivo:** identificar o quanto aprendeu e aplicou do que foi trabalhado até o momento e os benefícios que já sente com a mudança de comportamento.

**Como fazer:**

- Elaborar uma lista do que foi aplicado com sucesso e o que já foi conquistado. Perguntar ao paciente quais benefícios tem percebido física e mentalmente quanto à mudança de comportamento alimentar. Quais diferenças ele percebe de quando começou comparado com o hoje? O que ainda há de dificuldade?

**Meta:** elaborar estratégias para o que ainda há de dificuldade

### SESSÃO 12: COMER COM ATENÇÃO PLENA E SEM JULGAMENTOS

**Objetivo:** explicar o conceito de comer com atenção plena e seus benefícios. Identificar os gatilhos do comer desatento. Proporcionar uma experiência prática (meditação do chocolate ou da uva passa) (Anexos 11 e 12).

**Como fazer:**

- Perguntar ao paciente como ele come suas refeições – em pé, na mesa do trabalho, no carro, na rua, na mesa do restaurante etc. Trazer o conceito de comer com atenção plena e os benefícios que isso traz: mais prazer ao comer, capacidade de comer o suficiente. Na maioria das vezes nós comemos de forma desatenta, sem prestar muita atenção no quê e quanto está comendo, pode ser devido à correria do dia a dia ou à impossibilidade de fazer uma refeição à mesa, ou em reuniões sociais onde vamos comendo sem prestar atenção. Quando comemos de forma desatenta, tendemos a comer mais e nem aproveitar o alimento, mesmo que seja algo que gostamos muito. Por isso, hoje vamos ter uma experiência de comer com atenção e ver como é isso para você.
- Aplicar a ferramenta meditação do chocolate ou da uva passa (Anexos 11 e 12). Discutir o que o paciente sentiu de diferença no prazer, na intensidade do sabor, etc. Nem sempre poderemos comer dessa forma, mas é importante comermos com o máximo de atenção possível, de forma consciente.
- Explorar com o paciente em quais momentos ele acha que come de forma desatenta, e o porquê (gatilhos do comer desatento). Discutir formas de modificar isso, trazendo mais consciência para a hora de comer.

**Meta:** realizar as refeições dessas próximas semanas com o máximo de atenção, seguindo o seguinte roteiro: verificar o tamanho da porção do prato, respirar antes de comer, olhar o prato, sentir o aroma da comida, sentir as diferentes texturas da comida na boca, quando comer, apenas coma.

### SESSÃO 13: MITOS E CRENÇAS SOBRE ALIMENTAÇÃO

**Objetivo:** mostrar quanto os mitos e crenças prejudicam a alimentação, o equilíbrio alimentar e o comer normal.

**Como fazer:**

- Perguntar ao paciente o que ele pensa sobre alguns alimentos, como: doces, pão, macarrão, arroz, pizza, sanduíche etc. (alimentos normalmente considerados “proibidos”). Explicar para o paciente que nenhum alimento é proibido, e que todos podem fazer parte da nossa alimentação. Porém, não ser proibido não significa comer o tempo todo, de qualquer jeito e em qualquer quantidade. Tudo que estamos trabalhando até aqui é para nos levar a comer em equilíbrio, focando em saúde, e que comer esses alimentos também faz parte de uma alimentação equilibrada. Esses mitos e crenças podem nos levar a um sentimento de culpa quando comemos, e ao comer restritivo, o que pode desencadear um comer exagerado depois. Às vezes, até a forma como nos referimos ao alimento pode reforçar isso, como chamar o alimento de “lixo”, “porcaria”, “gordice” etc.
- Coloque em prática o que está aprendendo sem medo de comer esses alimentos quando tiver vontade.

**Meta:** se atentar para os pensamentos quando vai comer algum alimento. Quando esses pensamentos vierem, lembrar de que aquilo não é verdade, e concentrar em fazer tudo que já combinamos até aqui.

### SESSÃO 14: FAZENDO AS PAZES COM O CORPO

**Objetivo:** promover uma visão gentil e compassiva do próprio corpo, desvincilhando da ideia de modificar o corpo a qualquer custo e adotando uma atitude de autocuidado.

**Como fazer:**

- Começar conversando com o paciente sobre sua visão sobre o próprio corpo. Como ele se vê? O que as pessoas ao seu redor falam sobre seu corpo? Como você se sente com relação a isso?
- Acolher essas falas do paciente (na maioria das vezes são coisas difíceis de serem ditas e o paciente pode se emocionar). Agradecer por ele compartilhar isso.
- Hoje em dia vivemos na cultura da magreza, onde quem é magro é visto como uma pessoa bem-sucedida, saudável, feliz. E quem não se encaixa nisso, é visto como fracassado, sem força de vontade, não-saudável etc. Nós chamamos isso de estigma do peso. Por isso, há uma grande pressão para que as pessoas emagreçam e se encaixem num determinado padrão, o que muitas vezes não é condizente com o biotipo da pessoa, e, para isso, é recomendado dieta restritiva. Mas estamos vendo, que isso não funciona, não é mesmo? Focar no peso e determinar um tipo de corpo como sendo saudável não respeita a diversidade corporal e não leva em consideração tudo que a comida significa. Se não tomamos cuidado, passamos a vida insatisfeitos e buscando um padrão que não existe. Além disso, o peso é multifatorial, e não o resultado do que comemos e o quanto gastamos. É importante focarmos em saúde, e não no peso. Sei que é difícil olharmos nosso corpo com amor quando nos sentimos insatisfeitos com a aparência dele. Por isso, vamos fazer algumas atividades para dar início a esse processo.
- Ferramentas sugeridas: maneiras de amar seu corpo, meu corpo é meu templo, mudando pensamentos, o extraordinário corpo humano (Anexo 13,14 e 15), não aplicar todas de uma vez.

**Metas:** se olhar com mais amor, dizer palavras de afirmação, pensar em coisas que seu corpo te permite fazer que não estão relacionadas à aparência.

### SESSÃO 15: FAZENDO AS PAZES COM O CORPO 2

**Objetivo:** continuar promovendo uma visão mais gentil e compassiva com o próprio corpo, desvincilhando da ideia de modificar o corpo a qualquer custo e adotando uma atitude de autocuidado.

**Como fazer:**

- Continuar a conversa sobre o corpo, e aplicar mais ferramentas.
- Ferramentas sugeridas: maneiras de amar seu corpo (Anexo 13) meu corpo é meu templo (Anexo 14) mudando pensamentos (Anexo 15), o extraordinário corpo humano (Anexo 16).

**Metas:** se olhar com mais amor nessas próximas semanas, dizer palavras de afirmação para si, pensar em coisas que seu corpo te permite fazer que não estão relacionadas à aparência, aplicar as tarefas das ferramentas sugeridas.

### SESSÃO 16: REVERSÃO DE HÁBITOS

**Objetivo:** mostrar ao paciente que hábitos automáticos são reversíveis e podemos substituí-los por outros mais benéficos, e estabelecer um plano de ação para isso.

**Como fazer:**

- Explicar para o paciente que os hábitos são adquiridos no decorrer da vida e passam a ser atitudes automáticas, nos levando a fazê-los de forma repetida sem perceber. Para mudar, precisamos entender o que estamos ganhando com aquele comportamento, e o que perdemos em mudá-lo, para, então, termos mais motivação para mudar (ao ver que os “prós” superam os “contras”).
- Perguntar: quais hábitos você deseja mudar na sua vida? Quais consequências viriam da manutenção desses hábitos ruins? Quais ganhos você teria mudando-os? Quais situações te expõem a esse hábito? Existe algum comportamento que você possa fazer para substituir esse hábito?

**Meta:** estabelecer novos hábitos para substituir os hábitos ruins. Testar 1 ou 2 nas próximas semanas.

### SESSÃO 17: PARCERIA ALIMENTAR – ENVOLVENDO A FAMÍLIA

**Objetivo:** mostrar como a parceria com pessoas de confiança pode ajudar na manutenção da mudança do comportamento alimentar.

**Como fazer:**

- Marcar um dia para trazer na sessão uma pessoa de confiança do paciente, que pode ajudá-lo, mas que não está consciente de que certas atitudes prejudicam o processo, como: falar do peso do paciente, comentar sobre o prato ou a escolha alimentar dele, falar de calorias, de dieta, de modismos alimentares (sem glúten, sem açúcar, etc). Conversar com este parceiro e com o paciente juntos na sessão, explicando como isso pode prejudicar e sugerindo a troca do discurso por um discurso positivo sobre os alimentos e as refeições, focando na saúde, no bem-estar, no prazer em comer e em comer com atenção, e não em calorias, dieta e discursos julgadores sobre a comida.
- Mostra que o paciente tem evoluído até aqui e o quanto é importante ter esse apoio no meio em que vive.

**Meta:** elaborar combinados para que o paciente e seu parceiro façam em conjunto, por exemplo: fazer as refeições à mesa com prazer e sem falar de calorias, propor opções de refeições saudáveis que possam cozinhar e comer juntos, entre outros.

### SESSÃO 18: PREVENÇÃO DE RECAÍDAS E TREINO EM SOLUÇÃO DE PROBLEMAS

**Objetivo:** treinar o paciente para superar as recaídas, ensinando-o a retomar, e não desistir, mostrando que recaídas podem acontecer, e não significam que tudo está perdido, nem anulam o que foi conquistado.

**Como fazer:**

- Explicar para ele que mudar hábitos é uma construção e não acontece “do dia para a noite”. É possível prevenirmos essas recaídas, mas, se elas acontecerem, podemos retomar a caminhada. Não precisamos viver no extremo de “perfeição” e “fracasso”, pois a relação saudável com a comida é algo flexível, não rígido, portanto, ter recaídas é algo normal.
- Prevenção de recaídas: explorar com o paciente se há na vida dele algum fator estressante que o faça querer retomar os velhos hábitos. Fazer uma relação das situações que o fazem querer agir conforme estes velhos hábitos, por exemplo: comer em exagero quando há muita comida disponível (ex: rodízio), ter episódios de compulsão por estar sentindo uma emoção forte, pular refeições para tentar emagrecer mais rápido etc. Elaborar frases que o paciente pode falar a si mesmo quando perceber que quer muito fazer essas coisas, lembrando do que já foi conquistado até aqui, e das vantagens de ter adotado os novos comportamentos.
- Treino em solução de problemas: elaborar estratégias para retomar, não desistir. Elaborar frases para os momentos em que ele realmente realizar o comportamento prejudicial, de modo a lembrar a si mesmo que aquilo não é sinônimo de fracasso, que não anula o que já foi conquistado, e que ele é capaz de retornar ao caminho. Elaborar ideias de atitudes que ele pode ter quando isso acontecer, que o ajudem nesse sentido.

**Meta:** elaborar a lista de situações e as frases que reforcem atitudes positivas, tanto prevenindo a recaída, quanto se recuperando dela caso aconteça.

## SESSÃO 19: AVALIAÇÃO DA MUDANÇA COMPORTAMENTAL

**Objetivo:** enfatizar as várias mudanças que ocorreram durante o tratamento, pensando no antes e depois, e na evolução que ele teve.

**Como fazer:**

- Elaborar uma lista do “antes e depois comportamental” (não falando de peso, mas sim de comportamentos). Trazer o Diagrama dos Círculos (Anexo 3) preenchido na segunda sessão, e perguntar ao paciente o quais daquelas dificuldades ele já conseguiu mudar e superar. Mostrar a evolução que ele teve.
- Elaborar também uma lista de antes de depois com melhoras físicas e de saúde que ele teve, como por exemplo: está dormindo melhor, se sentindo mais disposto, melhorou dores que sentia, entre outros.

**Meta:** fazer um “quadro de conquistas” com tudo que foi realizado e conquistado até ali

Figura 12- Programação anual do grupo com abordagem tradicional.

## PROGRAMAÇÃO ANUAL DO GRUPO COM ABORDAGEM TRADICIONAL

**Primeiro Encontro**

- Dinâmica quebra-gelo (dinâmica da caixa surpresa, Anexo 17);
- Introdução ao grupo (Objetivo do grupo, O que é reeducação em saúde, quais os benefícios, motivos e importância).

**Segundo Encontro**

- Roda de conversa: Aspectos comportamentais e dificuldades encontradas por cada participante para perder peso;
- Vantagens ou o que representa ter uma saúde melhor.

**Terceiro Encontro**

- Importância de sentar-se para comer, de alimentar-se devagar e de organizar tempo e ambiente.

**Quarto Encontro**

- Grupos dos alimentos Anexo 8 (Cereais, raízes e tubérculos, Feijões, leites e derivados, carnes e ovos, legumes e verduras, frutas, castanhas e nozes).

**Quinto Encontro**

- Atividade com profissional de Fisioterapia/ Educação física (benefícios da prática de atividade física contínua).

**Sexto Encontro**

- Como escolher os alimentos (In natura, minimamente processados, processados e ultraprocessados) e rotulagem nutricional.

**Sétimo Encontro**

- Atividade com Psicóloga (empoderamento).

**Oitavo Encontro**

- Importância e benefícios de beber água.

**Nono Encontro**

- Oficina culinária de aproveitamento integral dos alimentos.

**Décimo Encontro**

- Mural: Meu corpo é meu templo (Anexo 14).

**Décimo primeiro Encontro**

- Dia da beleza.
- Atribuição de valores.

**Décimo segundo Encontro**

- Mostrar trajetória, desafios, dificuldades e conquistas de cada participante.
- Finalização dos encontros.

Figura 13 – Programação anual do grupo com abordagem comportamental

PROGRAMAÇÃO ANUAL DO GRUPO COM ABORDAGEM COMPORTAMENTAL<sup>1,2</sup>**Primeiro Encontro**

- Introdução ao grupo.
- Por que dietas não funcionam (Anexo 18).

**Segundo Encontro**

- Como combater a mentalidade de dieta.

**Terceiro Encontro**

- Lidando com impulsos e vontades urgentes em comer.

**Quarto Encontro**

- Permitindo-se comer o que realmente quer com atenção plena e sem exagerar – meditação do chocolate.

**Quinto Encontro**

- Atividade com profissional de educação física.

**Sexto Encontro**

- Comer emocional: reconhecer quais necessidades estão sendo transformadas em comida.

**Sétimo Encontro**

- Comer emocional: desenvolvendo outras formas de conforto e satisfação emocional.
- Apoio da profissional da psicologia.

**Oitavo Encontro**

- Alimentação nutritiva na prática: atendendo aos sinais de fome e saciedade e satisfação.

**Nono Encontro**

- Alimentação nutritiva na prática: equilíbrio nas refeições e planejamento alimentar.

**Décimo Encontro**

- Lidando com o peso na balança, com comentários sobre o corpo, com comparações, aprendendo a amar o corpo e cuidar dele.

**Décimo primeiro Encontro**

- Enxergando o corpo com mais amor.
- Dia da beleza.

**Décimo segundo Encontro**

- Mural de conquistas.
- Finalização dos encontros.

## 6.3.2. Recomendações

Figura 14- Recomendações nutricionais do ambulatório de emagrecimento.

- **Cálculo das necessidades calóricas**<sup>4,5</sup>: reduzir a ingestão habitual em 500 – 1000 kcal/dia ou 20 – 25 kcal/ kg peso atual/dia.
- **Cálculo das necessidades proteicas**<sup>5</sup>: 0,8 g – 1,0 g/kg peso atual dia.
- **Proteína**<sup>6,7,8,9,10</sup>: nos últimos anos, estudos tem demonstrado que dietas com maior teor de proteína (22 – 45% do VET), tem levado a maior perda de peso, maior perda de gordura corporal, menor perda de massa magra durante o emagrecimento e maior saciedade.
- **Distribuição de macro**<sup>4</sup>: CHO: 55 – 60%; PTN: 15 – 20%; LIP: 20 – 30%
- **Orientações entregues**: de acordo com a necessidade de cada paciente.
- **Planos alimentares entregues**: entregar nos retornos, apenas quando paciente conseguir realizar as metas estabelecidas.

## Referências

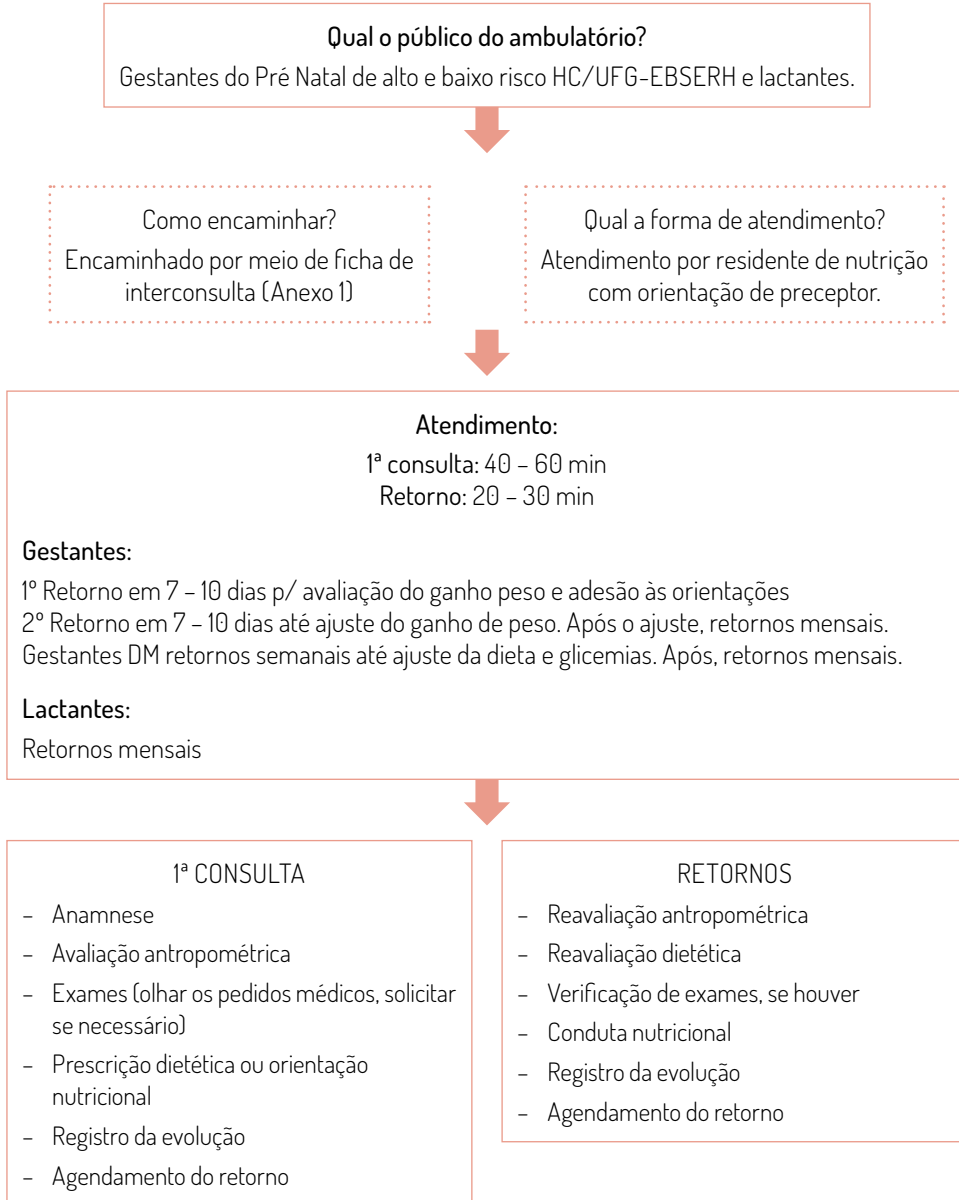
1. Alvarenga et al. Nutrição Comportamental. 2 ed. Barueri: Manole, 2019. 596 p.
2. Alvarenga MS, Dunker KLL, Philippi ST. Transtornos Alimentares e Nutrição: da prevenção ao tratamento. Barueri: Manole, 2020. 546 p.
3. Rezende FAC, Penaforte FRO, Martins PC. Obesidade, doenças crônicas e comportamento alimentar. São Paulo: IACI, 2021. 383 p.
4. ABESO – Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Diretrizes Brasileiras de Obesidade. 4th ed. São Paulo. 2016. 188 p.
5. Sociedade Brasileira de Hipertensão (Brasil). I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. 1. ed. Rio de Janeiro: Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 2005. 28 p. v. 84. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2005/sindromemetabolica.asp>. Acesso em: 8 jul. 2021.
6. Pedrosa RG, Donato Júnior J, Tirapegui J. Dieta rica em proteína na redução do peso corporal. Ver. Nutr. 2009; 22(1):105-111.

7. Oliveira CLP et al. Examining the effects of a high-protein total diet replacement on energy metabolism, metabolic blood markers, and appetite sensations in healthy adults: protocol for two complementary, randomized, controlled, crossover trials. *Trials*. 2019; 20:787. <https://doi.org/10.1186/s13063-019-3950-y>.
8. Oliveira CLP et al. Consumption of a High-Protein Meal Replacement Leads to Higher Fat Oxidation, Suppression of Hunger, and Improved Metabolic Profile After an Exercise Session. *Nutrients*. 2021; 13, 155. <https://doi.org/10.3390/nu13010155>.
9. Röhling M et al. Effects of a Protein-Rich, Low-Glycaemic Meal Replacement on Changes in Dietary Intake and Body Weight Following a Weight-Management Intervention - The ACOORTH Trial. *Nutrients*. 2021; 13, 376. <https://doi.org/10.3390/nu13020376>.
10. Kempf K et al. High-Protein, Low-Glycaemic Meal Replacement Decreases Fasting Insulin and Inflammation Markers - a 12 Month Subanalysis of the ACOORH Trial. *Nutrients*. 2021; 13, 1433. <https://doi.org/10.3390/nu13051433>.

## 6.4. GESTAÇÃO E LACTAÇÃO

### 6.4.1. Fluxo de Atendimento

Figura 15. Fluxo de atendimento e recomendações nutricionais do ambulatório de gestação e lactação



**ALTA**

- Término da gestação ou lactação
- Pedido da paciente

**Recomendações Nutricionais**

- Programação de ganho de peso gestacional, necessidades calóricas e proteicas, distribuição de macronutrientes e redução de peso em lactantes: ver quadros a seguir.
- Orientações: entregar de acordo com a necessidade da paciente.
- Plano alimentar: entregar para todas as pacientes.

**6.4.2. Recomendações nutricionais para gestantes****6.4.2.1. Ganho de peso na gestação**

Quadro 7. Recomendação de ganho de peso para gestantes adultas (acima de 19 anos) de acordo com o IMC pré-gestacional<sup>1,2,3</sup>.

Estado nutricional inicial segundo IMC pré gestacional	Ganho de peso (kg) total no 1º trimestre (< 14ºsemanas)	Ganho de peso (kg) 2º e 3º trimestres (≥14 semanas)	Ganho de peso (kg) total	*Ganho de peso mínimo (kg) (Ver Observação)
Baixo peso < 18,5 kg/m <sup>2</sup>	2,3	0,5 <sup>1</sup> (0,44 – 0,58) 2	12,5 – 18,0	Não determinado
Adequado entre 18,5-24,9 kg/m <sup>2</sup>	1,6	0,4 <sup>1</sup> (0,35 – 0,5) <sup>2</sup>	11,5 – 16,0	1,0 kg
Sobrepeso de 25,0-29,9 kg/m <sup>2</sup>	0,9	0,3 <sup>1</sup> (0,23 – 0,33) <sup>2</sup>	7,0 – 11,5	Não determinado
Obesidade ≥ 30,0kg/m <sup>2</sup>	—	0,3 <sup>1</sup> (0,17 – 0,27) <sup>2</sup>	5,0 – 9,0	0,5

Fonte: 1, 2, 3.

**Observações:**

- Ganho de peso mínimo saudável, para situações nas quais a gestante já tenha atingido o ganho de peso total recomendado, mas ainda se encontra no 2º trimestre.
- Para acompanhamento da evolução do ganho de peso da gestante adulta, utilizar os gráficos do Ministério da Saúde, constante na Caderneta da Gestante- 2022 (Anexo 19).

Quadro 8. Classificação do estado nutricional de gestantes adolescentes (10 – 19 anos) segundo o IMC pré-gestacional.

Percentil	Escore-z	Diagnóstico nutricional
< 3	< - 2	Baixo peso
≥ 3 e < 85	≥ - 2 e < + 1	Adequado
≥ 85 e < 97	≥ + 1 e < + 2	Sobrepeso
≥ 97	≥ + 2	Obesidade

Fonte: 5.

**Observação:**

- Para classificação usar curvas (WHO, 2007), disponibilizadas no Anexo 20 (gráfico de crescimento IMC/Idade, meninas, de 5 a 19 anos, segundo escore-z).

Quadro 9. Recomendação de ganho de peso para gestantes adolescentes (10 – 19 anos) de acordo com o IMC pré-gestacional.

Estado nutricional inicial segundo IMC pré gestacional	Ganho de peso (kg) 1º trimestre (<14ºsemanas)	Ganho de peso (kg) 2º e 3º trimestres (≥14 semanas)	Ganho de peso (kg) total na gestação	Ganho de peso mínimo (kg/mês) * Ver Observação
Baixo peso (escore z <-2 ou p <sup>º</sup> < 3)	2,3	0,5	12,5 – 18,0	Não determinado
Adequado (escore z ≥-2< +1 ou p <sup>º</sup> ≥ 3 e < 85)	1,6	0,4	11,5 – 16,0	1,0 kg
Sobrepeso (escore z ≥+1< +2 ou p <sup>º</sup> ≥ 85 e < 97)	0,9	0,3	7,0 – 11,5	Não determinado
Obesidade (escore z ≥+2 ou ≥ 97)	-	0,3	7,0 – 9,1	0,5 kg

Fonte: 1, 2, 3, 6.

### Observações:

- Ganho de peso mínimo saudável, para situações nas quais a gestante já tenha atingido o ganho de peso total recomendado, mas ainda se encontra no 2º trimestre.<sup>3</sup>
- Para adolescentes com baixa estatura (<1,45 m), programar o limite inferior de ganho de peso conforme a categoria de IMC pré-gestacional.<sup>3</sup>
- Para as adolescentes que engravidaram dois anos após a menarca (em geral maiores de 15 anos de idade), a interpretação do IMC pré-gestacional e a recomendação do ganho ponderal podem ser equivalentes à das adultas, com variação apenas para aquelas com obesidade pré-gestacional.<sup>3</sup>

- Para as adolescentes que engravidaram menos de dois anos após a menarca, é provável que a maioria destas seja classificada como baixo peso. Deve-se mensurar a estatura destas em todas as avaliações antropométricas, já que ainda se encontram em fase de crescimento. Também é importante acompanhar o traçado da curva do IMC gestacional, que deverá ser ascendente. Para as demais adolescentes a estatura deve ser mensurada no mínimo a cada 3 meses.<sup>7</sup>
- Para avaliar a evolução do estado nutricional, preencher e analisar o traçado da curva no gráfico para monitoramento da evolução ponderal em gestantes (Anexo 19). Considerar como estado nutricional adequado as curvas com traçados ascendentes e estado nutricional inadequado ou gestante em risco, para traçados horizontais ou descendentes.<sup>3</sup>
- Deve-se tratar a gestante adolescente como de risco nutricional, sugere-se reforço na abordagem nutricional e maior número de consultas no pré-natal.<sup>3</sup>

Quadro 10. Recomendação de ganho de peso para gestação gemelar segundo o IMC pré-gestacional.

Estado nutricional inicial segundo IMC pré gestacional (kg/m <sup>2</sup> )	Ganho de peso semanal (kg) até a 20ª semana	Ganho de peso semanal (kg) 20 – 28ª semana	Ganho de peso semanal (kg) 28ª semana até o parto	Ganho de peso total (kg)
Baixo peso < 19,8	0,560 – 0,790	0,680 – 0,790	0,560	22,5 – 27,90
Adequado entre 19,8-26,0	0,450 – 0,680	0,560 – 0,790	0,450	18 – 24,30
Sobrepeso de >26,0 a 29,0	0,450 – 0,560	0,450 – 0,680	0,450	17,1 – 21,2
Obesidade > 29,0	0,340 – 0,450	0,340 – 0,560	0,340	13 – 17,10

Fonte: 8.

## 6.4.2.2. Energia e nutrientes

## 6.4.2.2.1. Gestantes adultas

Quadro 11. Cálculo energético a partir da fórmula de bolso para gestantes adultas.

Estado nutricional da gestante	Fórmula
Eutrófica	30 - 35 kcal/kg peso pré-gestacional + 200 a 300 kcal/dia (a partir do 2º trimestre)
Excesso de peso	24 kcal/kg peso pré-gestacional + 200 a 300 kcal/dia (a partir do 2º trimestre)
Baixo peso	40 kcal/kg peso pré-gestacional + 200 a 300 kcal/dia (a partir do 1º trimestre)

Fonte: 9.

Quadro 12. Cálculo energético a partir da TMB e NAF para gestantes adultas.

Idade	Energia
18 – 30 anos	<p>VET= GEB+ adicional energético<sup>1</sup></p> <p>GEB = TMB x NAF</p> <p>TMB: 14,818 x Peso pré-gestacional (kg) + 486,6</p> <p>NAF: verificar quadros a seguir</p> <p>Adicional energético (individualizado ou por trimestre): ver quadros a seguir</p>
30 – 60 anos	<p>VET= GEB+ adicional energético<sup>1</sup></p> <p>GEB = TMB x NAF</p> <p>TMB: 8,126 x Peso pré-gestacional (kg) + 845,6</p> <p>NAF: verificar quadros a seguir</p> <p>Adicional energético (individualizado ou por trimestre): ver quadros a seguir</p>

Fonte: Adaptado de 3.

Quadro 13. Nível de atividade física de acordo com a classificação da intensidade para gestantes adultas.

Atividade	Descrição	NAF
Sedentário ou atividade leve	Indivíduos que não caminham longas distâncias, geralmente usam veículo para transporte, não praticam exercícios ou esportes regularmente e gastam a maior parte do tempo de lazer sentados ou parados, com pouco deslocamento.	1,4 – 1,69 (1,53)
Ativo ou moderadamente ativo	Indivíduos com ocupação que envolve mais gasto energético que os descritos para estilo sedentário. Pessoas com atividade ocupacional sedentária e que praticam regularmente atividades físicas moderadas a vigorosas, durante parte da rotina diária (ex: prática diária de 1 hora de exercício moderado, como corrida, ciclismo ou atividade aeróbia).	1,7 – 1,99 (1,76)
Atividade vigorosa ou moderada	Indivíduos que realizam trabalhos intensos ou atividades de lazer intensas por várias horas. Mulheres com ocupação não sedentária que dançam ou nadam uma média de 2 horas por dia, ou trabalhadoras rurais que usam equipamentos manuais por várias horas ao dia e caminham longas distâncias, muitas vezes carregando peso.	2,00 – 2,40 (2,25)

Fonte: Adaptado de 3,10.

Quadro 14. Adicional energético por trimestre gestacional para gestantes adultas.

Semana gestacional	Adicional energético
1º Trimestre (< 14 semanas)	85 kcal/dia
2º Trimestre (≥ 14 semanas a < 28 semanas)	285 kcal/dia
3º Trimestre (≥ 28 semanas)	475 kcal/dia
Gemelar (> 20 semanas)	1000 kcal

Fonte: 3, 10, 11.

Quadro 15. Cálculo individualizado do adicional energético para gestantes adultas.

<b>CÁLCULO INDIVIDUALIZADO DO ADICIONAL ENERGÉTICO*</b>	1 kg = 6417 kcal
---	------------------

Fonte: 3.

### Observação:

- Obtida a energia total necessária para o ganho de peso desejado (adicional energético gestacional), dividir pelo nº de dias que faltam até o término da gestação (40ª semana) e adicionar o valor obtido ao gasto energético (GE).

Quadro 16. Recomendação de proteína para gestantes adultas.

Idade	Proteína
18 – 30 anos	1g/kg/dia x peso pré gestacional + adicional por trimestre <sup>1</sup>
30 – 60 anos	1g/kg/dia x peso pré gestacional + adicional por trimestre <sup>1</sup>

Fonte: Adaptado de 3.

<sup>1</sup>Adicional de proteína por trimestre: ver quadro a seguir.

Quadro 17. Adicional de proteína por trimestre gestacional para gestantes adultas.

Semana gestacional	Adicional proteico
1º Trimestre (<14 semanas)	1 g
2º Trimestre (≥14 semanas a < 28 semanas)	9 g
3º Trimestre (≥ 28 semanas)	31 g
Gemelar (>20 semanas)	50 g

Fonte: Adaptado de 3, 12.

Quadro 18. Cálculo de proteína para gestantes segundo Anvisa.

<b><sup>13</sup>ANVISA /RDC nº 269, de 22 setembro de 2005 Regulamento técnico IDR de proteína, vitaminas e minerais.</b>
Gestantes de todas as idades: 71 gramas/dia.

Quadro 19. Recomendação de macronutrientes, água e cafeína para gestantes adultas.

Descrição	Recomendação
Carboidratos	Total: 55 – 75% do VET Açúcar de adição < 10% do VET Fibras > 25 g/dia
Proteínas	10 – 15% do VET
Lipídios	15 – 30% do VET Evitar ácidos graxo saturados, trans e colesterol
Água	3 litros/dia
Cafeína	< 300 mg/dia (3 xícaras de café/dia)

Fonte: Adaptado de 3.

Quadro 20. Recomendação de micronutrientes para gestantes adultas.

Micronutriente	IDR (µg ER/dia)
Vitamina A (µg/dia)	770
Vitamina D (µg/dia)	5
Vitamina E (mg/dia)	15
Vitamina K (µg/dia)	90
Vitamina B1 (mg/dia)	1,4
Vitamina B2 (mg/dia)	1,4
Vitamina B6 (mg/dia)	1,9
Vitamina B12 (µg/dia)	2,6
Vitamina C (mg/dia)	85
Niacina (equivalente de niacina - mg/dia)	18
Folato (equivalente de folato - µg/dia)	600
Ferro (mg/dia)	27
Cálcio (mg/dia)	1000
Fósforo (mg/dia)	700

Zinco (mg/dia)	11
Cobre (µg/dia)	1000
Cromo (µg/dia)	30
Magnésio (mg/dia)	350 (19 – 30 anos) 360 (31– 50 anos)
Manganês (mg/dia)	2
Iodo (µg/dia)	220
Flúor (mg/dia)	3
Selênio (µg/dia)	60

Fonte: Adaptado de 3.

#### 6.4.2.2. Gestantes adolescentes

Quadro 21. Cálculo energético a partir da TMB e NAF para gestantes adolescentes.

Idade	Energia
10 – 18 anos	<p>VET= GEB x 1,01* + (adicional energético)            GEB = TMB x NAF            TMB: 13,384 x Peso pré-gestacional (kg) + 692,6            NAF: olhar quadros a seguir            Adicional energético (individualizado ou por trimestre): ver quadros a seguir</p>
18 – 19 anos	<p>VET= GEB x 1,01* + (adicional energético)            GEB = TMB x NAF            TMB: 14,818 x Peso pré-gestacional (kg) + 486,6            NAF: olhar quadros a seguir            Adicional energético (individualizado ou por trimestre): ver quadros a seguir</p>

Fonte: Adaptado de 3.

**Observação:** \*o GET deve ser multiplicado por 1,01 considerando a energia necessária para o crescimento durante a gestação.

Quadro 22. Nível de atividade física segundo a idade e intensidade da atividade para gestantes adolescentes.

Idade (anos)	Atividade leve (Menos ativas que a média. Muito tempo na escola ou em atividades sedentárias, prática irregular de esporte, uso de transporte motorizado, principais atividades de lazer são ver TV, ler, jogar no computador ou brincadeiras com pouca mobilidade)	Atividade moderada	Atividade pesada (Mais ativas que a média. Realizam caminhadas de longa distância, uso de bicicleta, envolvimento com ocupações que demandam muita energia, esforço físico por várias horas e dias da semana)
10 – 11	1,45	1,70	1,95
11 – 17	1,50	1,75	2,00
17 – 18	1,45	1,70	1,95

Fonte: Adaptado de 3.10.

Quadro 23. Adicional energético por trimestre gestacional para gestantes adolescentes.

Semana gestacional	Adicional energético
1º Trimestre (< 14 semanas)	85 kcal/dia
2º Trimestre (≥ 14 semanas a < 28 semanas)	285 kcal/dia
3º Trimestre (≥ 28 semanas)	475 kcal/dia
Gemelar (> 20 semanas)	1000 kcal

Fonte: 3, 11.

**Observação:** quando o início do pré-natal ocorre no 2º ou 3º trimestres de gestação, para as mulheres não obesas, sugere-se que as 85 kcal adicionais requeridas no 1º trimestre sejam somadas às 285 kcal requeridas no 2º trimestre. A recomendação então passa a ser de 360 kcal/dia adicionais no 2º trimestre. No 3º trimestre mantem-se as 475 kcal/dia.

Quadro 24. Cálculo individualizado do adicional energético para gestantes adolescentes.

<b>CÁLCULO INDIVIDUALIZADO DO ADICIONAL ENERGÉTICO*</b>	1 kg = 6417 kcal
---	------------------

Fonte: 3.

**Observação:**

- Obtida a energia total necessária para o ganho de peso desejado (adicional energético gestacional), dividir pelo nº de dias que faltam até o término da gestação (40ª semana) e adicionar o valor obtido ao gasto energético (GE).

Quadro 25. Recomendação de proteína para gestantes adolescentes.

Referência	Recomendação
Emerson et al. apud FAO, 2007	15 – 19 anos: 1,5g/kg de peso gestacional.
ADA, 1989	≤ 15 anos: 1,7 g/kg/dia de peso ideal. > 15 anos: 1,5 g/kg/dia de peso ideal.
ANVISA, 2005	Gestantes de todas as idades: 71 g/dia.

Fonte: Adaptado de 3.

Quadro 26. Recomendação de macronutrientes, água e cafeína para gestantes adolescentes.

Descrição	Recomendação
Carboidratos	Seguir mesmas recomendações para gestantes adultas.
Proteínas	
Lipídios	
Água	
Cafeína	

Quadro 27. Recomendação de micronutrientes para gestantes adolescentes.

Micronutriente	IDR ( $\mu\text{g}$ ER/dia)
Vitamina A ( $\mu\text{g}/\text{dia}$ )	750
Vitamina D ( $\mu\text{g}/\text{dia}$ )	5
Vitamina E (mg/dia)	15
Vitamina K ( $\mu\text{g}/\text{dia}$ )	75
Vitamina B1 (mg/dia)	1,4
Vitamina B2 (mg/dia)	1,4
Vitamina B6 (mg/dia)	1,9
Vitamina B12 ( $\mu\text{g}/\text{dia}$ )	2,6
Vitamina C (mg/dia)	80
Niacina (equivalente de niacina - mg/dia)	18
Folato (equivalente de folato - $\mu\text{g}/\text{dia}$ )	600
Ferro (mg/dia)	27
Cálcio (mg/dia)	1300
Fósforo (mg/dia)	1250
Zinco (mg/dia)	12
Cobre ( $\mu\text{g}/\text{dia}$ )	1000
Cromo ( $\mu\text{g}/\text{dia}$ )	29
Magnésio (mg/dia)	400
Manganês (mg/dia)	2
Iodo ( $\mu\text{g}/\text{dia}$ )	220
Flúor (mg/dia)	3
Selênio ( $\mu\text{g}/\text{dia}$ )	60

Fonte: Adaptado de 3.

## 6.4.2.2.3. Gestantes diabéticas

Quadro 28. Recomendações nutricionais para gestantes diabéticas.

Descrição	Recomendação	Observações
Energia	Segue as mesmas recomendações das gestantes adultas	
Carboidratos	40 – 55% do VET, (mínimo 175 g) Sacarose: < 5% do VET) Fibras: mínimo de 28g/dia	Para casos de difícil controle glicêmico sugerir a inclusão de alimentos integrais, ricos em fibras, e alimentos com menor índice glicêmico ao invés de alimentos contendo açúcares adicionados. Outra estratégia é a adoção de menor percentual de carboidratos (40%), redução dos ácidos graxos saturados e aumento de alimentos ricos em ácidos graxos monoinsaturados (presente no azeite, abacate, óleo de canola). Orientar a leitura dos rótulos e evitar os alimentos contendo sacarose, glicose, mel, xarope de glicose.
Proteínas	15 – 20% do VET	Ingestão mínima de 71 g/dia. Pode-se estimar a ingestão recomendada considerando 1,1 g/kg/dia.
Lípidios	30 – 40% do VET	< 6% de gordura saturada do VET < 300 mg de colesterol/dia ácidos graxos trans: devem ser evitados ômega 3: mínimo de 2 porções de peixes/semana, com exceção das preparações fritas.
Água	Filtrada, pelo menos 2 litros (6 a 8 copos) ao dia, no intervalo entre as refeições.	
Edulcorantes	Consumo apenas quando necessário e com moderação. Não ultrapassar as quantidades máximas de 6 sachês ou 15 gotas/dia. Evitar a frutose como edulcorante. Limites diários de consumo dos adoçantes artificiais: Sacarina: 2,5 mg/kg Ciclamato: 11 mg/kg Aspartame: 40 mg/kg Acessulfame K: 15 mg/kg Esteviosídeo: 5,5 mg/kg Sucralose: 15 mg/kg	
Sal	Máximo 5 g/dia (1 colher café/dia) distribuído em todas as refeições.	
Álcool	Contraindicado durante a gestação.	
Cafeína	< 300 mg/dia (3 xícaras de café/dia)	

Fonte: Adaptado de 14 e 15, 3.

Quadro 29. Recomendações gerais e por grupos alimentares para gestantes diabéticas.

Descrição	Alimentos/Recomendações
Cereais e leguminosas	Arroz, milho, aveia, pães e alimentos feitos com farinha de trigo e milho, preferencialmente integrais, linhaça. Tubérculos como as batatas e raízes (mandioca/macaxeira/aipim). Leguminosas (feijão, soja, grão-de-bico e lentilha).
Legumes, Verduras e Frutas	Abóbora, acelga, agrião, alface, brócolis, cenoura, chuchu, couve, espinafre, jiló, taioba, tomate, repolho, rúcula. Acerola, ameixa, banana, abacaxi, caju, laranja, pitanga, pêssago, maçã, melancia, mamão, manga, jabuticaba. Frutas devem ser ingeridas como sobremesas e preferencialmente inteiras e com casca sempre que possível.
Leite e Derivados	Preferencialmente desnatados ou com baixo teor de gordura, iogurte, coalhada, queijos.
Carnes, Peixes e Ovos	Bife grelhado, carne assada/ensopada, frango assado/ensopado, omelete ou ovo cozido, peixe ensopado/assado.
Óleos e Gorduras Vegetais	Óleo de soja, canola, girassol, milho ou algodão. Evitar o uso de margarina, manteiga ou banha para cozinhar.
Fracionamento das Refeições (minimiza as variações glicêmicas)	Fazer pelo menos três refeições (café da manhã, almoço e jantar) e dois a três lanches saudáveis por dia (colação, lanche da tarde e ceia), evitando intervalos maiores de três horas. <i>A ceia é uma refeição importante para prevenir hipoglicemia nas gestantes que usam insulina à noite e deve conter 25 g de carboidratos, além de proteínas ou lipídios.</i> Gestantes em uso de insulina devem manter os horários fixos das refeições, minimizando-se assim variações glicêmicas. Se for necessário realizar refeições fora de casa, preferir locais que sirvam refeições feitas na hora, evitando redes de fast-food.

Alimentos Processados e Ultraprocessados	Reduzir o consumo de alimentos processados e ultraprocessados.	
	<p><b>Processados</b></p> <p>Alimentos preservados em salmoura ou em solução de sal e vinagre ou frutas em calda e cristalizadas, carne seca e toucinho sardinha e atum enlatados.</p>	<p><b>Ultraprocessados</b></p> <p>Biscoitos e salgadinhos de pacote, sorvetes, balas e guloseimas em geral, cereais açucarados, bolos e misturas para bolo, comidas de preparo instantâneo ou produtos congelados e prontos para aquecimento, molhos prontos, refrescos, sucos açucarados e refrigerantes, iogurtes e bebidas lácteas adoçadas e aromatizadas, pizzas, hambúrgueres, extrato de carne, frango ou peixe empanados do tipo nuggets, salsichas e outros embutidos, pães de forma/hambúrguer/cachorro quente, pães doces e produtos de panificação que contenha como ingredientes substâncias como: gordura vegetal hidrogenada, açúcar, amido, soro de leite, emulsificantes e outros.</p>

Fonte: Adaptado de 14 e 15.

Quadro 30. Classificação dos alimentos segundo o índice glicêmico.

Baixo < 55%	Moderado de 55 – 69%	Alto ≥ 70%
Arroz integral cozido	Arroz branco cozido	Batata frita
Arroz parboilizado cozido	Batata doce cozida	Batata inglesa cozida
Espiga de milho cozida	Batata inglesa assada	Purê de batatas
Feijão preto cozido	Cuscuz cozido	Aipim cozido
Grão-de-bico	Beterraba cozida	Biscoito de água e sal
Inhame	Croissant	Biscoito cream cracker
Lentilha	Pão de hambúrguer	Pão francês
Macarrão à bolonhesa	Sorvete tradicional	Pão preto de centeio

Cenoura cozida	Abacaxi	Pão tipo baguete
Cenoura crua	Mamão papaia	Melancia
Ervilha fresca cozida	Uva-passa	Pipoca salgada
Iogurte de fruta tradicional	Mel	Tapioca
Iogurte de fruta diet	Aveia em flocos	
Leite de vaca integral	Mingau de aveia	
Leite de vaca desnatado	Nhoque	
Pão de aveia	Massa de panqueca	
Pão de centeio	Polenta cozida	
Ameixa crua	Melão	
Ameixa seca	Morango	
Banana-prata	Uva-passa	
Damasco desidratado	Abóbora cozida	
Kiwi	Sacarose	
Laranja		
Maçã		
Manga		
Pera		
Pêssego		

Fonte: 14.

\* Índice glicêmico de um determinado alimento é definido como a taxa de incremento da glicemia 2 horas após a ingestão de uma porção de 50 g deste alimento com relação à mesma porção do alimento padrão (50 g de pão branco ou glicose).

\*A dieta com baixo índice glicêmico no DMG se associou à diminuição da necessidade de indicar o uso de insulina e menor ganho de peso ao nascer (SBD, 2019 – 2020).

## 6.4.2.2.4. Gestantes com síndromes hipertensivas da gravidez (SHG)

Quadro 31. Recomendações nutricionais gerais para gestantes com SHG.

Descrição	Recomendação	Observações
Energia	Segue as mesmas recomendações das gestantes adultas	
Proteínas	≥ 2 g/kg/dia	Dieta hiperproteica tem sido recomendada para correção da hipoproteïnemia e adequado desenvolvimento fetal. Priorizar proteína de alto valor biológico (leite, queijo, clara de ovo, carne bovina, frango...). Proteína de AVB facilita a síntese hepática de albumina (a partir da lactoalbumina e caseína). O alcance de níveis normais de albumina é mais eficaz na redução do edema e da pressão arterial, do que a restrição de sódio.
Sódio	<b>Normossódica</b> formas leves de SHG (até 6 g de sal/dia) <b>Hipossódica</b> formas graves de SHG (2-3 g de sal/dia)	Em gestantes com SHG a restrição de sódio está associada com o ↑ do edema. O tratamento do edema deve ser feito com a correção da hipoalbuminemia. Sódio só deve ser ↓ nas formas graves de SHG ou se o consumo ultrapassar a recomendação.
Cálcio	2000 mg	—
Medidas gerais	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preferir frutas, verduras e legumes, cereais integrais, leguminosas, leite e derivados desnatado, quantidade reduzida de gordura saturada, trans e colesterol.</li> <li>• Preferir óleos vegetais: soja, milho, girassol e canola.</li> <li>• Consumir de duas a três porções de peixe/semana.</li> <li>• A ingestão de líquidos não deve ser limitada ou forçada.</li> <li>• Controlar o ganho de peso gestacional.</li> <li>• Evitar ou minimizar o stress.</li> <li>• Evitar o fumo.</li> <li>• Fazer repouso noturno de 8 horas e diurno de 2 horas (↑ fluxo plasmático, ↑ fluxo uteroplacentário, ↑ aporte de nutrientes e O<sub>2</sub> p/feto).</li> <li>• Monitorar o crescimento fetal (cardiotocografia, doppler, USG).</li> </ul>	

Fonte: Adaptado de 3, 9.

## 6.4.2.2.5. Gestantes após cirurgia bariátrica

Quadro 32. Suplementação de micronutrientes em gestantes bariátricas.

Descrição	Pré-Concepção	Durante a gestação
Tiamina	> 12 mg	—
Ácido Fólico	0,4 mg (antes da concepção e 1º trimestre gestacional) 4 – 5 mg (paciente ainda obesa ou diabética)	—
Cálcio	1200 – 1500 mg	—
Vitamina D	> 40 mcg (1000 UI)	1200 – 2000 UI
Ferro	45 – 60 mg	45 – 60 mg (sem deficiência nutricional) 150 – 200 mg (com deficiência nutricional)
Cobre	2 mg	—
Zinco	8 – 15 mg a cada 1mg de cobre	15 – 30 mg
Vitamina K	90 – 120 microgramas	120 microgramas
Vitamina E	15 mg	13 mg
Vitamina A	5000 UI	> 5000 UI
Selênio	50 microgramas	
Cálcio	—	1000 – 2000 mg
Magnésio	—	200 – 1000 mg
Iodo	—	250 microgramas
Vitamina B12	—	350 – 1000 microgramas
Vitamina B9	—	400 – 800 microgramas

Fonte: 16, 33, 34, 35, 36

Quadro 33. Orientação sobre fertilidade e gravidez em gestantes bariátricas.

<b>Fertilidade</b>	A perda de peso ↑ a fertilidade, porém não se recomenda a gravidez no 1º ano após a cirurgia, devido ao risco de distúrbios nutricionais.
--------------------	---

Fonte: 17

## 6.4.2.2.6. Gestantes com vírus da imunodeficiência humana (HIV).

Quadro 34. Recomendações nutricionais gerais para gestantes com vírus da imunodeficiência humana.

Descrição	Recomendação/Observações
Energia	Mesmas recomendações para mulher adulta + energia adicional devido ao HIV + adicional da gestação  Energia adicional devido ao HIV: Gestante HIV + assintomática: 10% Gestante HIV + sintomática inicial: 20% Gestante HIV + sintomática: 30%
Carboidrato	Complementar o valor energético total da dieta após considerar o aporte energético proveniente da proteína e lipídio. Em casos de diarreia intensa, a redução da lactose pode ser benéfica, devendo ser avaliada individualmente.
Proteína	Mesmas recomendações da gestante adulta. A suplementação de proteínas não aumenta a massa muscular e não previne o emagrecimento.
Lipídios	Dieta normolipídica (30%)
Ferro	Estimular ingestão de alimentos ricos em ferro heme, ferro não heme e vitamina C. Suplementação com 60 mg de ferro (300 mg de sulfato ferroso) após a 20ª semana de gestação.
Ácido fólico	Suplementação de 400 µg//dia.
Cálcio	Recomenda-se o consumo de 3 porções de leite ou derivados ao dia. Caso a gestante não tolere é indicada a suplementação medicamentosa.
Vitamina A	Não exceder a IDR (770 µg/dia adultas e 750 adolescentes)
Outras vitaminas	↑ consumo: vitamina E, C, B6 e B12 p/ melhorar sistema imune Se o consumo alimentar for inadequado, indicado a suplementação que forneça 100% das recomendações.
Minerais	Na presença de diarreia e vômitos considerar reposição de Na, K e Cl.
Cafeína	< 300 mg/dia (3 xícaras de café/dia)

Orientações gerais	<p>↓ volume e ↑ fracionamento das refeições (6 refeições/dia)  Ingestão hídrica de seis a oito copos/dia. Na diarreia grave, vômitos, sudorese excessiva e febre prolongada a necessidade de fluidos está ↑.  Aumentar consumo de fibras para prevenir ou tratar a obstipação.  Evitar alimentos gordurosos, salgados e calorias vazias.  Limitar o uso de adoçantes às gestantes diabéticas.  Evitar carne crua, ovo cru, leite não pasteurizado, para prevenção da toxoplasmose.  É contraindicado o uso de bebidas alcoólicas e fumo.  Se não houver contraindicação médica, é indicada a realização de 30 minutos/dia de atividade física moderada.</p> <p>No caso de intercorrências específicas da patologia:  Doença periodontal: se houver dificuldade de mastigação, modificar a consistência de acordo com a tolerância individual.  Esofagite, úlceras e candidíase orais: indicado alimentos frios ou em Tº ambiente, consistência líquida a pastosa, evitar alimentos muito condimentados, aderentes, salgados ou açucarados, utilizar canudos para facilitar a ingestão do alimento.  Dislipidemias: ↓ óleos, gorduras (saturada, trans) e frituras em geral; ↑ fibras, alimentos integrais; utilizar azeite; evitar açúcar e doces em geral e realizar, se possível, atividade física diária de 30 a 45 minutos.  Diarreia: ↑ líquidos entre as refeições (água de côco, chá, suco coado e soro); refeições de 2/2 h; evitar excesso de doces, açúcar e adoçantes; usar alimentos cozidos e com fibras reduzidas e modificadas (pão branco, bolacha maizena ou água e sal, batata, cenoura, mandioca, cará, inhame, legumes sem semente, caldo de feijão, frutas obstipantes ou sem casca e sucos coados); avaliar a necessidade de reduzir a lactose da dieta podendo-se recomendar leite de soja, leite sem lactose, iogurte natural, queijo branco ou ricota.</p>
--------------------	---

Fonte: Adaptado de 3

## 6.4.2.2.7. Gestantes com doença renal crônica (DRC)

Quadro 35. Recomendações de energia e proteína para gestantes com doença renal crônica.

Descrição	Recomendação	Objetivo
Energia <sup>32</sup>	<p>Em geral:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- DRC estágio 1-5 conservador: 35 kcal/kg*/dia + acréscimo calórico**</li> <li>- DRC estágio 5 em hemodiálise: 25-35 kcal/kg*/dia + acréscimo calórico**</li> <li>- DRC estágio 5 em diálise peritoneal: 25 kcal/kg*/dia + acréscimo calórico**</li> </ul> <p>* Usar peso pré gestacional</p> <p>** Acréscimo calórico: 1º trimestre: 85 kcal/dia 2º trimestre: 275 kcal/dia 3º trimestre: 475 kcal/dia</p>	Manter ganho de peso materno recomendado.
Proteína <sup>32</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- DRC estágio 1-2: semelhante a mulheres saudáveis 1g/kg*/dia + adicional por trimestre (1 g 1º trim; 9 g no 2º trim; 31 g no 3º trim)</li> <li>- DRC estágio 3-4: 0,6 a 0,8 g/kg*/dia + 6 a 10 g adicionais de proteína, aminoácidos ou cetanoálogos</li> <li>- DRC estágio 5 em hemodiálise: 1,2 g/kg*/dia</li> <li>- DRC estágio 5 em diálise peritoneal: 1,4 g/kg*/dia</li> </ul> <p>* Usar peso pré gestacional</p>	

Fonte: 32

Quadro 36. Recomendações de sódio, potássio, fósforo e cálcio para gestantes com DRC em tratamento conservador.

Descrição	Recomendação	Observação
Sódio	1,0 – 2,3 g/dia	Individualizada.
Potássio	1,0 – 3,0 g/dia	Individualizada.
Fósforo	800 mg ou 10 – 12 mg/kg	Pode necessitar de quelante de fósforo.
Cálcio	1000 – 1200 mg	Pode necessitar de suplementação de cálcio e/ou calcitriol.

Fonte: 18.

Quadro 37. Recomendações de sódio, potássio, fósforo e cálcio para gestante com DRC em hemodiálise e diálise peritoneal.

Descrição	Recomendação
Sódio	HD: 1,0 – 3,0 g/dia DP: 1,0 – 4,0 g/dia
Potássio	HD: 1,0 – 3,0 g/dia DP: 2,0 – 4,0 g/dia
Fósforo	800 – 1200 mg
Cálcio	≤ 2000 mg de cálcio elementar

Fonte: 18.

Quadro 38. Recomendações de vitaminas e minerais em gestantes com DRC em hemodiálise e diálise peritoneal.

Nutriente	Recomendação para gestantes com DRC em HD e DP
Vitamina A	770 µg
Vitamina D	Dose individualizada
Vitamina E	15 mg
Vitamina B3	14 – 19 mg
Vitamina B1	1,1 – 3,0 mg
Vitamina B2	1,1 – 1,7 mg
Vitamina B6	10 mg

Vitamina B12	2,4 mg
Vitamina B7	30 – 100 µg
Vitamina C	75 –100 mg
Ácido Fólico	1 – 10 mg
Ferro	15 (ou o suficiente para manter ferritina sérica > 100 ng/mL e a saturação da transferrina > 20%).
Cálcio	≤ 2000 de cálcio elementar, incluindo dieta e quelante. Monitorar níveis séricos.
Fósforo	800-1200 mg (ou ≤ 17mg/kg). Monitorar níveis séricos.
Zinco	8 – 12 mg. Suplementação de 50 mg/dia em caso de deficiência.
Magnésio	200 – 300 mg

Fonte: 18

Quadro 39. Recomendações nutricionais para gestantes após transplante renal.

Descrição	Recomendação	Observação
Energia	Gasto energético basal x fator atividade (1,2 – 1,4) + 300 kcal/dia (2º e 3º trimestre) ou 25 – 30 kcal/kg de peso pré-gestacional + 300 kcal/dia	Manter ganho de peso materno de acordo com a taxa recomendada
Proteína	0,8 g/kg de peso pré-gestacional ou 110 g/dia (dependendo da necessidade metabólica)  *Transplante renal tardio	Manter os níveis séricos de ureia, albumina e creatinina
Sódio	1,0 – 3,0 g/dia	Individualizada
Potássio	Restrição de 1,0 – 3,0 g/dia, somente em caso de hiperpotassemia e/oligúria.	Individualizada
Fósforo	1200 – 1500 mg/dia	Individualizada
Cálcio	800 – 1500 mg/dia	Pode necessitar de suplementação de cálcio e/ou calcitriol
Vitaminas e outros minerais	Segue recomendações para gestantes em diálise.	

Fonte: 18

## 6.4.2.2.8. Gestantes com Anemia Falciforme

Quadro 40. Recomendações nutricionais gerais para gestantes com anemia falciforme.

Descrição	Recomendação
Energia	Calcular o VET semelhante à população gestante e adicionar 20% de fator injúria pela eritropoese aumentada
Carboidratos	45 – 65% do VET Fibras: 20 – 30 g/dia
Proteínas	20% do VET para promover balanço nitrogenado positivo
Lipídios	25 – 30% do VET
Água	2 a 3 litros/dia
Ácido fólico	Suplementar de 1 – 5 mg/dia – avaliar com hematologista. Alimentos fonte: brócolis, espinafre, couve, beterraba e rúcula.
Ferro	Priorizar o consumo de ferro não heme (proteína vegetal) e reduzir o consumo de ferro heme (proteína animal - carne vermelha e fígado), além de suplementos de ácido ascórbico. Incentivar o consumo de: feijão, grão de bico, ervilha, brócolis e vegetais verde-escuros.
Zinco	Para defesa imunológica Suplementação em doses medicamentosas por curtos períodos - avaliar com o hematologista. Alimentos fonte: espinafre, abóbora, aveia e grão de soja.
Vitaminas e Minerais	Fazer suplementação de acordo com as doses recomendadas para a gestação, especialmente Vitaminas A, B6, C, D, E e Cálcio.

Fonte: 19, 20

Quadro 41. Valores de referência de exames bioquímicos para gestantes adultas.

Exames laboratoriais	Parâmetros normais na gestação	Referência
Albumina	2,5 g/dL	21
Ácido úrico (mg/dL)	2,5 – 5,0 mg/dL	22
Creatinina (mg/dL)	0,5 – 1,0 mg/dL	22
Colesterol total (mg/dL)	200 – 325 mg/dL	23
LDL (mg/dL)	Desejável < 130 Limítrofe < 160	5, 24.
HDL (mg/dL)	Desejável > 60	24
Triglicerídeos (mg/dL)	Desejável até 150 Limítrofe até 200	5, 24, 25
Ferritina (µg/L)	>30 µg/L	26
Glicemia de jejum 1ª consulta (mg/dL):	< 92 mg/dL Obs: Valores entre 92 a 126 mg/dL são diagnóstico de DMG em qualquer fase da gestação. Valores acima de 126 mg/dL indica diabetes prévio à gestação.	15
Glicemia em TTOG (sobrecarga oral c/ 75 g de glicose anidra, entre 24-28 semanas, 3 dias anteriores c/ dieta sem restrição ou no mínimo 150 g de carboidrato e jejum de 8 h)	Jejum < 92 mg/dL Após 1 h < 180 mg/dL Após 2 h < 153 mg/dL	15
Glicemia capilar (gestantes em insulino terapia)	Glicemia pré-prandial - 63 a 95 mg/dL 1 h pós-prandial ≤ 140 mg/dL 2 h pós-prandial ≤ 120 mg/dL Ao deitar ou entre 2 e 4 h manhã - 80 a 120 mg/dL	15 27
Hematócrito (%)	0 – 12 semanas ≥ 33% 13 – 28 semanas ≥ 31,5% 29 – 40 semanas ≥ 33%	28
Hemoglobina (g/dL)	≥11 g/dL	27

Exames laboratoriais	Parâmetros normais na gestação	Referência
Leucócitos totais (mm <sup>3</sup> )	5.000 – 7.000 mm <sup>3</sup>	29
Plaquetas (mm <sup>3</sup> )	100 – 450 mm <sup>3</sup>	29
TSH (mU/mL)	< 2 U/L	27, 29
Ureia (mg/dL)	10 – 20 mg/dL	22
Exame de urina	Bactérias (por campo) - ausentes Corpos cetônicos - ausentes ou traços Glicose - até 5 Hemácias (por campo) v Traços: repetir em 15 dias Proteínas - Traços + hipertensão e/ou edema: pré-natal de alto risco. Maciça: referir pré-natal de alto risco.	22 30

Quadro 42. Valores de referência de exames bioquímicos para gestantes com DRC

Exame	Pré-diálise	Diálise	Transplante Renal
Albumina (g/dL)	≥ 4	≥ 4	≥ 4
Uréia (mg/dL)	10 – 50 (depende dos sintomas clínicos)	HD: ≥ 130 e ≤ 200 DP: ≥ 100 e ≤ 150	< 50
Hematócrito (%)	33 – 36	33 – 36	33 – 36
Hemoglobina (mg/dL)	11 – 12	11 – 12	11 – 12
Ferritina (mg/dL)	10 – 155	10 – 155	10 – 155
Potássio (mg/dL)	3,5 – 5,5	3,5 – 5,5	3,5 – 5,5
Fósforo (mg/dL)	2,7 – 4,6	3,5 – 5,5	2,7 – 4,6
Cálcio (mg/dL)	8,4 – 9,5	8,4 – 9,5	8,4 – 9,5
Colesterol (mg/dL)	< 200	< 200	< 200
Glicemia pré-prandial (mg/dL)	70 – 110	70 – 110	70 – 110

Fonte: 18

### 6.4.3. Recomendações nutricionais para lactantes

Quadro 43. Recomendação de perda de peso após o parto, considerada segura para a lactação.

Estado nutricional segundo IMC (kg/m <sup>2</sup> ) da nutriz	Meta	Perda de peso recomendada
Baixo peso < 18,5	Alcance de um IMC saudável (eutrofia)	—
Adequado ≥ 18,5 e < 25,0	Manutenção do peso na faixa de eutrofia	—
Sobrepeso ≥ 25 e < 30	Perda de peso até atingir IMC na faixa de eutrofia	0,5 – 1,0 kg/mês
Obesidade ≥ 30	Perda de peso até atingir IMC na faixa de eutrofia	0,5 – 2,0 kg/mês

Fonte: 3

Quadro 44. Cálculo energético a partir da TMB e NAF para lactantes.

Idade	Energia
10 – 18 anos	<p>VET= GEB x 1,01 + adicional energético para lactação – energia p/ perder peso</p> <p>GEB= TMB x NAF</p> <p>TMB= 13,384 x peso atual (kg) + 692,6</p> <p>NAF- idem a gestante adolescente</p> <p>Adicional energético para lactação: 1º semestre – 505 kcal (para mulheres de baixo peso - 675 kcal); 2º semestre – 460 kcal.</p> <p>Energia para perder peso: considerar 6417 kcal para cada 1 kg</p>
18 – 30 anos	<p>VET= GEB + adicional energético para lactação – energia p/ perder peso</p> <p>GEB= TMB x NAF</p> <p>TMB= 14,818 x peso atual (kg) + 486,6</p> <p>NAF- idem a gestante adulta</p> <p>Adicional energético para lactação: 1º semestre – 505 kcal (para mulheres de baixo peso - 675 kcal); 2º semestre – 460 kcal.</p> <p>Energia para perder peso: considerar 6417 kcal para cada 1 kg</p>
30 – 60 anos	<p>VET= GEB + adicional energético para lactação – energia p/ perder peso</p> <p>GEB= TMB x NAF</p> <p>TMB= 8,126 x peso atual (kg) + 845,6</p> <p>NAF- idem a gestante adulta</p> <p>Adicional energético para lactação: 1º semestre – 505 kcal (para mulheres de baixo peso - 675 kcal); 2º semestre – 460 kcal.</p> <p>Energia para perder peso: considerar 6417 kcal para cada 1 kg</p>

Fonte: 3

**Observação:** evitar consumo energético < 1800 kcal/dia, a fim de prevenir deficiências nutricionais.

Quadro 45. Recomendação de proteína para lactantes.

Período da lactação	Recomendação
1º semestre	1,1 g x peso desejável (kg) + adicional para lactação (19,0 g/dia)
2º semestre	1,1 g x peso desejável (kg) + adicional para lactação (12,5 g/dia)

Fonte: Adaptado de 3, 12

Quadro 46. Recomendação de vitaminas e minerais para lactantes.

Nutriente	IDR
Vitamina A (µg/dia)	14 – 18 anos: 1200; 19 – 50 anos: 1300
Vitamina D (µg/dia)	18 – 50 anos: 5
Vitamina E (µg/dia)	18 – 50 anos: 19
Vitamina K (µg/dia)	14 – 18 anos: 75; 19 – 50 anos: 90
Vitamina B1 (mg/dia)	14 – 50 anos: 1,4
Vitamina B2 (mg/dia)	14 – 50 anos: 1,6
Vitamina B6 (mg/dia)	14 – 50 anos: 2,0
Vitamina B12 (mg/dia)	14 – 50 anos: 2,8
Vitamina C (mg/dia)	≤ 18 anos: 115; 19 – 50 anos: 120
Niacina (mg/dia)	14 – 50 anos: 17
Folato (µg/dia)	14 – 50 anos: 500
Ferro (mg/dia)	14 – 18 anos: 10; 19 – 50 anos: 9
Cálcio (mg/dia)	14 – 18 anos: 1.300; 19 – 50 anos: 1.000
Fósforo (mg/dia)	≤ 18 anos: 1.250; 19 – 50 anos: 700
Zinco (mg/dia)	14 – 18 anos: 13; 19 – 50 anos: 12
Cobre (µg/dia)	14 – 50 anos: 1.300
Cromo (µg/dia)	14 – 18 anos: 44; 19 – 50 anos: 45
Magnésio (mg/dia)	≤ 18 anos – 360; 19 – 30 anos: 310; 31 – 50 anos: 320
Manganês (mg/dia)	14 – 50 anos: 2,6
Iodo (µg/dia)	14 – 50 anos: 290
Flúor (mg/dia)	≤ 18 anos: 3; 19 – 50 anos: 3
Selênio (µg/dia)	≤ 18 anos: 70; 19 – 50 anos: 70

Fonte: Adaptado de 3

Quadro 47. Recomendações nutricionais gerais para lactantes.

Descrição	Recomendação
Ingestão líquida	3,8 litros/dia
Cafeína	Limitar o consumo de café a no máximo 2 xícaras pequenas/dia.
Nutriz vegetariana	Deve receber suplementação de vitamina B12.
Álcool	Consumo inferior a 0,5 g/kg de peso atual. Ex: para nutriz de 60 kg seria 60 mL de licor, 240 mL de vinho ou 2 latas de cerveja.
Tabagismo	Não recomendado, devido à ação na redução da produção de leite.
Atividade física	Recomendado caminhada de 30 minutos ao dia.

Fonte: Adaptado de 3

Quadro 48. Recomendações nutricionais específicas para lactantes com DRC.

Nutriente	Recomendação
Folato	Ingestão de 500 µg /dia.
Zinco	Ingestão de 10 mg/dia.
Ferro	Ingestão de 10 mg/dia.
Amamentação	Não indicada para transplantadas em uso de ciclosporina.
Perda de peso pós-parto	2 – 4 kg/mês.

Fonte: Adaptado de 18

## Referências

1. Institute of Medicine. National Research Council. Committee to Reexamine IOM Pregnancy Weight Guidelines. Weight gain during pregnancy: reexamining the guidelines. Washington (DC): The National Academies Press; 2009.
2. Institute of Medicine. National Research Council. Implementing guidelines on weight gain and pregnancy. Washington (DC): The National Academies Press; 2013.

3. Accioly E, Saunders C, Lacerda EMA. Nutrição em Obstetrícia e Pediatria. 2. ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2009.
4. Institute of Medicine (IOM). Nutrition during pregnancy. Weight gain. Nutrient supplements. Washington, DC: The National Academies Press; 1990.
5. Coutinho JG, Oliveira KS, Toral N, Gentil PC, Cunha CL, Fagundes A. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional- SISVAN na assistência à saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2008.
6. World Health Organization – WHO. Discussion papers on adolescent. Nutrition in adolescence – issues and challenges for the health sector: issues in adolescent health and development, Genebra, 2005.
7. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN /- Brasília : Ministério da Saúde, 2011. 76 p.
8. Luke B. Nutrition and multiple gestation. Semin Perinatol. 2005; 29 (5) 349-354.
9. Vitolo MR. Nutrição: da gestação à adolescência. Rio de Janeiro: Reichmann & Afonso; 2003.
10. Food and Agriculture Organization of the United Nation/World Health Organization. Human Energy Requirements. Report of a Joint FAO/WHO/UNU Expert Consultation. Rome: FAO/WHO; 2004.
11. Institute of Medicine/Food and Nutrition Board. Dietary Reference Intakes for Energy, Carbohydrate, Fiber, Fat, Fatty Acids, Cholesterol, Protein, and Amino Acids. Washington: National Academy Press; 2005.p.1357.
12. Food and Agriculture Organization/World Health Organization/United Nations University (FAO/WHO/UNU). Protein and amino acid requirements in human nutrition: report of a joint FAO/WHO/UNU expert consultation on Protein and Amino Acid Requirements in Human Nutrition 2002. WHO Technical Reports Series n. 935. Geneva: WHO; 2007. p.265.

13. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 269, de 22 de setembro de 2005. Regulamento técnico sobre a ingestão diária recomendada (IDR) de proteína, vitaminas e minerais. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br>. Acesso em: julho/2020.
14. Organização Pan-Americana da Saúde. Ministério da Saúde. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Sociedade Brasileira de Diabetes Tratamento do diabetes mellitus gestacional no Brasil. Brasília, DF: OPAS, 2019. 57 p.
15. Golbert A et al. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020. 2019. 491 p.
16. Ministério da Educação. Assistência à gestação pós-cirurgia bariátrica: rotinas assistenciais da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2015.
17. Skogoy K, Laurini R, Aasheim ET. Pregnancy shortly after bariatric surgery. *Tidsskr. Nor. Laegeforen.* 2009; 129 (6),534-536.
18. Riella MC, Martins C. Nutrição e Rim. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2013.
19. CEHMOB – Centro de Educação e Apoio para Hemoglobinopatias. Manual Informativo: Doença Falciforme: Linha de cuidados na Atenção Primária para Nutricionistas/.Belo Horizonte: NUPAD/FM/UFMG, 2018. (Linha de Cuidados na Atenção Primária à Saúde) 21 p.
20. Prefeitura Municipal de Salvador. Programa de Atenção às Pessoas com Doença Falciforme. Manual de nutrição na Doença Falciforme. Salvador: BA, 2009b.
21. Hamond, KA. Avaliação dietética e clínica. In: Mahan LK, Escott-Stump S. Krause. Alimentos, Nutrição e Dietoterapia. São Paulo: Roca; 2002.
22. Netto HC, AS RAM. Manual de condutas em obstetrícia. São Paulo: Atheneu; 1998.

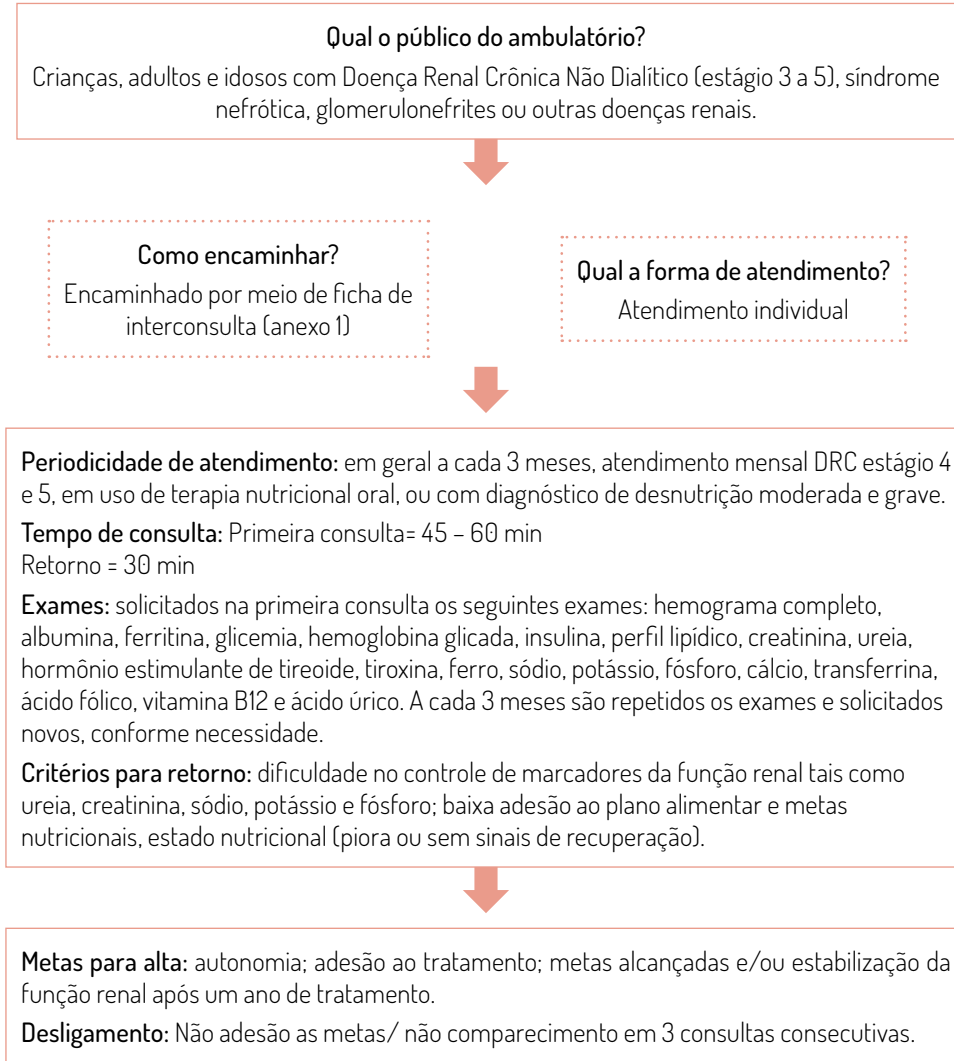
23. Worthington-Roberts BS, Williams, SR. Nutrition in Pregnancy and Lactation. USA: Brown & Benchmark; 1997.
24. Xavier HT et al. V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. *Cardiol.* 2013; 101(4) (supl 1): 1-20.
25. Faludi AA et al. Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemia e Prevenção da Aterosclerose. *Cardiol.* 2017; 109(2); (supl 1): 1-76.
26. Brandão AHF, Cabral MA, Cabral ACV. A suplementação de ferro na gravidez: orientações atuais. *FEMININA.* 2011; 39(5):285-289.
27. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 302 p.
28. World Health Organization (WHO). The clinical use of blood in Medicine, Obstetrics, Paediatrics, Surgery & Anaesthesia, Trauma & Burns. Geneva: Who; 2001.
29. Peixoto S. Manual de assistência pré-natal / Sérgio Peixoto. 2a. ed. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2014.
30. Ministério da Saúde. Manual Técnico: Pré-natal e Puerpério. Atenção qualificada e humanizada. Brasília: MS, 2006.
31. World Health Organization. Growth reference data for 5-19 years, 2007. Disponível em: <http://www.who.int/growthref/en/>.
32. Zambelli CMSF et al. Diretriz BRASPEN de Terapia Nutricional no Paciente com Doença Renal. *Braspen J.* 2021; 36, (2º supl 2): 2-22.
33. Harreiter J et al. Management of Pregnant Women after Bariatric Surgery. *J Obes.* 2018; 2018:1-14. doi:10.1155/2018/4587064.

34. O’Kane M et al. British Obesity and Metabolic Surgery Society Guidelines on perioperative and postoperative biochemical monitoring and micronutrient replacement for patients undergoing bariatric surgery-2020 update. *Obes Rev.* 2020; 21(11):e13087. doi:10.1111/obr.1387.
35. Shawe J et al. Pregnancy after bariatric surgery: Consensus recommendations for periconception, antenatal and postnatal care. *Obes Rev.* 2019; 1-16. Doi:10.1111/obr.122927.
36. Shiri SD et al. Nutritional Recommendations for Adult Bariatric Surgery Patients: Clinical Practice, *Advances in Nutrition.* 2017; 8 (2): doi: 10.394/na.116.014258.
37. Kac G, Carrilho TRB et al. *Am J Clin Nutr* 2021;113:1351-1360.

## 6.5. NEFROLOGIA

### 6.5.1. Fluxo de Atendimento

Figura 16. Fluxo de atendimento e recomendações nutricionais do ambulatório de nefrologia



**PRIMEIRA CONSULTA****Aplicar anamnese completa, contendo:**

- Identificação, dados clínicos (HDA, comorbidades); sinais e sintomas; medicamentos em uso;
- Avaliação bioquímica e laboratorial
- Avaliação física/antropométrica;
- Diagnóstico nutricional;
- Anamnese alimentar (história alimentar, frequência alimentar, recordatório alimentar habitual);
- Pedidos de exame (se necessário);
- Orientações nutricionais;
- Condutas nutricionais/metabolismo (orientações nutricionais, plano alimentar, proposta de metas).

**RETORNO****Aplicar anamnese de retorno, contendo:**

- Reavaliação dietética (adesão ao planejamento alimentar bem como as metas estabelecidas e orientações);
- Reavaliação clínica (sinais e sintomas, medicamentos em uso);
- Reavaliação Bioquímica e Laboratorial; pedido de novos exames, se necessário;
- Reavaliação física/antropométrica;
- Anamnese Alimentar (recordatório alimentar habitual, verificar alteração dos hábitos alimentares);
- Condutas nutricionais / metas (orientações nutricionais, plano alimentar, verificação do alcance das metas anteriores, propor novas metas).

**Recomendações Nutricionais****Adultos:** <sup>1,2,3</sup>

Consultar quadros a seguir.

**Crianças:** <sup>2</sup>

Consultar quadros a seguir.

**Orientações:**

Insuficiência renal em tratamento conservador, hemodiálise/diálise peritoneal, diabetes, hipertensão.

**Plano alimentar:**

Elaborados em casos específicos como desnutrição, sobrepeso/obesidade e excesso de ganho de peso interdialítico.

## 6.5.2. Recomendações

### 6.5.2.1. Recomendações para adultos com doença renal

Quadro 49. Recomendação de energia e ganho de peso interdialítico para adultos com DRC.

<b>ENERGIA<sup>1</sup></b> <b>Conservador (estágio de I a V) / Hemodiálise / Diálise Peritoneal / Pós transplante</b>
25 – 35 kcal / kg de peso <sup>a</sup> /dia (considerar idade, sexo, nível de atividade física, composição corporal, metas de peso, estágio de DRC e doença concomitante / presença de inflamação).
<b>GANHO DE PESO INTERDIALÍTICO (GPID) <sup>1,2</sup></b> <b>Hemodiálise</b>
4,5 – 5% do peso corporal seco Baixo GPID está relacionado com baixa ingestão e risco de desnutrição

<sup>a</sup> Nos pacientes eutróficos ou com sobrepeso, considerar o peso atual seco e nos pacientes baixo peso ou obesos, considerar o peso ajustado<sup>1</sup>

Fonte: 1,2

Quadro 50. Recomendação de nutrientes para adultos de acordo com a fase da doença renal.

Nutriente	Conservador Estágio III a V	Hemodiálise / Diálise Peritoneal
Proteína	<p style="text-align: center;">Sem diabetes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dieta com baixa proteína: 0,55 - 0,60 g/kg*peso/dia</li> <li>- Dieta com muito baixa proteína: 0,28 - 0,43 g/kg*peso/dia + cetoácidos até completar 0,55 - 0,60/kg peso/dia</li> </ul> <p style="text-align: center;">Com diabetes</p> <p style="text-align: center;">0,6 – 0,8 g/kg*peso/dia</p> <p style="text-align: center;">Proteína vegetal</p> <p style="text-align: center;">Evidências insuficientes para recomendar a substituição de proteínas animais por vegetais.</p>	<p style="text-align: center;">1,0 – 1,2 g/ kg*/dia<sup>1</sup></p> <p style="text-align: center;">Diabéticos</p> <p style="text-align: center;">Pacientes com risco de hiper e/ou hipoglicemia: considerar nível mais elevado de ingestão proteica para manter o controle glicêmico.</p>

Carboidrato <sup>3</sup>	50 – 60% do VET	50 – 60% do VET
Lipídio <sup>3</sup>	25 – 35% do VET	25 – 35% do VET
Ômega 3 <sup>1</sup>	~ 2g/dia (uso intervalado) Para reduzir triglicérides	1,3 – 4g /dia (uso intervalado) Para melhorar perfil lipídico

\* Para o cálculo do peso, considerar no paciente eutrófico e com sobrepeso<sup>1</sup> o peso atual seco e nos pacientes baixo peso e obesos<sup>1</sup> considerar o peso ajustado.

Fonte: 1,3,6

Quadro 51. Recomendações de suplementação oral para adultos de acordo com a fase da doença renal.

<b>Suplementação oral</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quando a ingestão pela dieta for insuficiente.</li> <li>• Quando houver risco ou presença de desnutrição.</li> </ul> <p><b>O que pode ser utilizado?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Módulo de proteína (<i>Whey protein</i>, caseinato, albumina)</li> <li>• Módulo de carboidrato (Maltodextrina)</li> <li>• Módulo de lipídio (TCM)</li> <li>• Módulo de fibras (mix de fibras ou fibra solúvel)</li> <li>• Suplementos hipercalóricos (pó) - Nutridrink Max®, Nutren Senior®, Nutren 1.0®</li> <li>• Suplemento oral hipercalórico e hipoproteico (DRC estágio 3 a 5) - (Nutri Renal ou Fresubin LP)</li> <li>• Suplemento hipercalóricos e hiperproteicos com baixo volume e alta densidade calórica: DRC estágio 5D (Novasource Ren® e Nutridrink Compact®)</li> <li>• Suplemento hipercalórico e normoproteico: DRC estágio 5D (Nutri renal D®)</li> </ul> <p><i>*Avaliar o fósforo sanguíneo mensalmente.</i></p> <p><i>*Atenção com o teor de fósforo dos suplementos quando não forem específicos para DRC.</i></p>
---------------------------	---

Fonte: 1,3,5

Quadro 52. Recomendação de micronutrientes para adultos com DRC.

Micronutriente	Conservador (estágio de III a V) / Hemodiálise / Diálise Peritoneal / Pós transplante
Sódio	Ingestão < 2,3 g / dia
Potássio	Ajustar ingestão de fósforo na dieta para manter os níveis séricos na faixa normal. 1500 – 2500 mg/dia 38 – 50 mg/kg/dia
Fósforo	Ajustar ingestão de fósforo na dieta para manter os níveis séricos na faixa normal. Preferir fósforos orgânicos (animal e vegetal) ao invés dos inorgânicos (aditivos em alimentos processados). Indicado restrição na presença de hiperfosfatemia persistente e progressiva, após avaliação do cálcio sérico e paratormônio.
Cálcio	DRC estágio 3 - 4: ingestão total 800 - 1.000 mg / dia (cálcio dietético, suplementação de cálcio e medicações à base de cálcio) DRC estágio 5: ajustar a ingestão de cálcio para evitar hipercalcemia.
Vitamina D	Considerar suplementação em caso de deficiência. Proteinúria: considerar suplementação

Fonte: 1,3,5,6

**Observações:**

- Não é recomendado a ingestão de carambola nas Doenças Renais Crônicas<sup>4</sup>.
- Pacientes em HD e DP com ingestão insuficiente por longo período, considerar suplementação com multivitaminas, incluindo vitaminas hidrossolúveis.

### 6.5.2.2. Recomendações para crianças com doença renal.

As recomendações de energia e proteínas para crianças com DRC estágio 2-5 (tratamento conservador) são semelhantes as crianças híginas, para a idade cronológica, no limite superior da recomendação.

Quadro 53. Estimativa da necessidade calórica em pacientes pediátricos com doença renal

Idade (anos)	Kcal/kg de peso/dia
0 – 1	90 – 120
1 – 7	75 – 90
7 – 12	60 – 75
12 – 18	30 – 60
18 – 25	25 – 30

Fonte: 9

Quadro 54. Estimativa da necessidade proteica para crianças com doença renal.

Faixa etária	Necessidade proteica (g/kg/dia)
Baixo peso ao nascer	3 – 4
Termo	2 – 3
1 – 10 anos	1 – 1,2
Adolescente masculino	0,9
Adolescente feminino	0,8
Criança / adolescente grave	1,5

Fonte: 9

Não é recomendada a restrição proteica para crianças e adolescentes com DRC 3-5<sup>6</sup>.

Quadro 55. Faixa de distribuição aceitável de macronutrientes para crianças com doença renal.

Faixa etária	Carboidratos	Proteínas	Lipídios
0 – 6 meses	60 g (AI*)	9,1 g (AI*)	31 g (AI*)
7 – 12 meses	95 g (AI*)	13,5 g (RDA*)	30 g (RDA*)
1 – 3 anos	45 – 65%	5 – 20%	30 – 40%
4 – 18 anos	45 – 65%	10 – 30%	25 – 35%

Fonte: 9

Quadro 56. Recomendação de micronutrientes para crianças e adolescentes com DRC.

Idade	Sódio (mg)	Potássio (mg)	Fósforo (mg)
0 – 6 meses	120	400	100
7 – 12 meses	370	700	275
1 – 3 anos	1.000	3.000	460
4 – 8 anos	1.200	3.800	500
9 – 13 anos	1.500	4.500	1.250
14 – 18 anos	1.500	4.700	1.250

Fonte: 3

## Referências

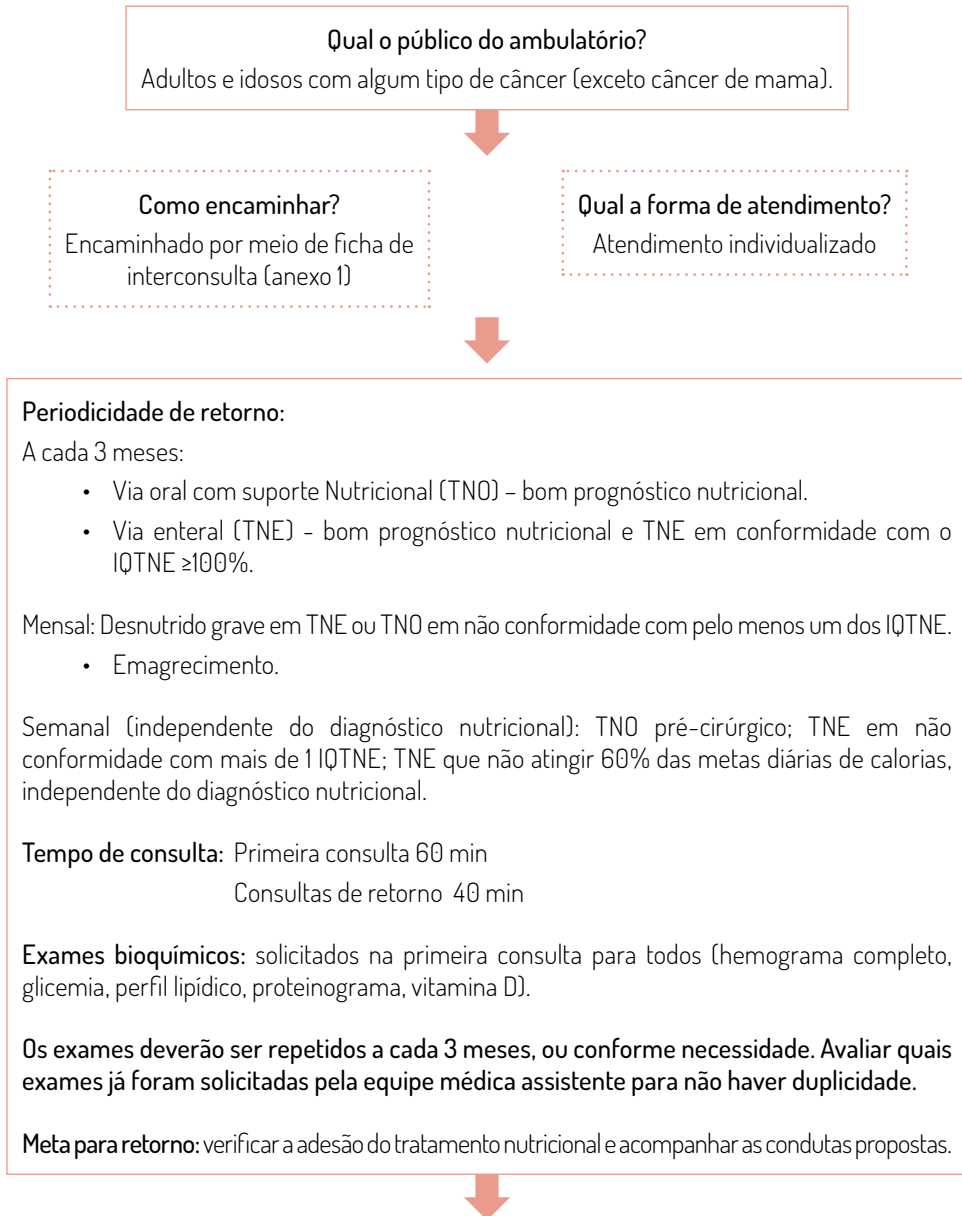
1. Ikizler TA, Burrowes JD, Byham-Gray LD, et al (2020). KDOQI Nutrition in CKD Guideline Work Group. KDOQI clinical practice guideline for nutrition in CKD. *Am J Kidney Dis.* 2020;76(3) (suppl 1):S1-S107.
2. Fouque D, Vennegoor M, Wee PT, et al. EBP Guideline on Nutrition. *Nephrology Dialysis Transplantation*; 2007; 22, (supl2):ii45–ii87.

3. Riella MC, Martins C. Nutrição e o rim. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.
4. Eduarda SMO, Aline SA. Why eating star fruit is prohibited for patients with chronic kidney disease? J. Bras. Nefrol. 2005 Abr; 37 (2): 241-7.
5. Cuppari L, Avesani, CM, Kamimura A. Nutrição na Doença Renal Crônica. 1. ed. Barueri: Manole, 2013.
6. Zambelli CMSF et al. Diretriz BRASPEN de Terapia Nutricional no Paciente com Doença Renal. Braspen J. 2021; 36, (2º supl 2): 2-22.
7. Fiaccadori EA, Sabatino A, Barazzoni R, et al. ESPEN. Guideline on clinical nutrition in hospitalized patients with acute or chronic kidney disease. Clinical Nutrition; 2021; 40: 1644-68.
8. Carvalho APPF et al. Protocolo de atendimento nutricional do paciente hospitalizado – adulto e idoso. v. 2, Goiânia: Gráfica UFG, 2016. 171 p.
9. SBNPE; ASBRAN – Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral; Associação Brasileira de Nutrologia. Terapia nutricional no paciente pediátrico com desnutrição energético-proteica. São Paulo: AMB; CFM (Projeto Diretrizes), 2011a. 12 p.

## 6.6.ONCOLOGIA

### 6.6.1. Fluxo de Atendimento

Figura 17. Fluxo de atendimento e recomendações nutricionais do ambulatório de oncologia.



**Metas para alta:** remissão do câncer ou finalização do tratamento por QT e RT e/ou cirúrgico.  
**Metas para desligamento:** falta em 3 consultas consecutivas sem justificativa.

#### PRIMEIRA CONSULTA



Aplicar anamnese completa:

- Dados socioeconômicos, dados clínicos e histórico da doença
- Avaliação física;
- Avaliação antropométrica;
- Avaliação do consumo alimentar e hábitos de vida;
- Pedidos de exame;
- Condutas nutricionais, entrega de plano alimentar e metas p/ retorno;
- Evolução.

#### RETORNO



Aplicar anamnese de retorno:

- Reavaliação dietética;
- Avaliação de metas estabelecidas;
- Reavaliação física;
- Reavaliação antropométrica;
- Análise de resultados de exames, pedido de novos ou repetir algum se necessário;
- Condutas nutricionais;
- Evolução.

#### RECOMENDAÇÕES NUTRICIONAIS

- **Recomendações nutricionais:** ver quadros a seguir
- **Orientações entregues:** individualizadas, de acordo com o diagnóstico clínico e sintomas.
- **Planos alimentares entregues:** serão entregues para adequação nutricional, conforme metas estabelecidas com o paciente.

#### Observações:

Todas as consultas deverão ser devidamente registradas no prontuário do paciente, conforme evolução padrão da equipe de nutrição clínica, inclusive consultas extras.

Anexar a anamnese em prontuário com o carimbo e assinatura do profissional.

## 6.6.2. Recomendações

Quadro 57. Recomendação de energia, macronutrientes e ingestão hídrica para pacientes oncológicos.

Nutrientes	Recomendação
Energia	Obesos: 20 – 25 kcal / kg / dia <sup>1</sup> Manutenção de peso: 25 – 30kcal/kg/dia <sup>1</sup> Ganho de peso: 30 – 35 kcal/kg/dia <sup>1</sup> Idosos – estresse moderado ou grave: ≥ 35 kcal/kg de peso atual/dia <sup>2</sup>
Proteína	Tratamento oncológico sem complicações: 1 – 1,2 g de proteína/ kg/ dia <sup>2</sup> Tratamento oncológico com estresse moderado: 1,2 – 1,5 g de proteína/kg/dia <sup>2</sup> Tratamento oncológico com estresse grave e repleção proteica: 1,5 - 2 g de proteína/ kg/dia <sup>2</sup> Fracionar oferta proteica (~ 20g pnt/refeição) <sup>3</sup>
Carboidratos	Obesos: a restrição de açúcar e a substituição de carboidratos simples, de absorção rápida, por carboidratos complexos, de liberação lenta pode ser uma estratégia efetiva para o planejamento alimentar destes pacientes. <sup>3</sup>
Lipídios	20 – 30% VET 4
Micronutrientes	Conforme DRI <sup>2</sup>
Água	Paciente oncológico adulto: 30 - 35 ml/kg de peso atual/dia <sup>2</sup> Paciente oncológico idoso: 30 - 40 ml/kg de peso atual/dia <sup>2</sup>

Fonte: 1,2,3,4

Quadro 58. Recomendações nutricionais para pacientes oncohematológicos no pré e pós transplante.

Transplante de Medula Óssea	
Energia <sup>3</sup>	30 – 35 kcal/kg/dia
Proteínas <sup>3</sup> (Considerar a função renal)	1,5 g/kg/dia
Hidratação <sup>3</sup>	Recomendações hídricas 30 - 35 ml/kg/dia

Fonte: 3

Quadro 59. Recomendações nutricionais para pacientes em quimioterapia.

Cuidados Paliativos		
Energia <sup>2</sup>		25 – 30 Kcal/kg /dia
<p>Obs.: Na impossibilidade de atingir a meta, adequar a oferta calórica que melhor conforte o paciente</p> <p>Obs<sup>3</sup>.: Se a expectativa de vida for &gt; 90 dias a oferta energética pode chegar a até 35 kcal/kg/dia.</p>		
Proteínas <sup>2,3</sup> (Considerar comorbidades, não estabelecer metas e sim trabalhar com a oferta proteica que melhor conforte o paciente)		1,0 – 1,5 g/kg/dia
Hidratação <sup>3</sup> (administrada de acordo com a tolerância e a sintomatologia do paciente)	Adulto	30 – 35 mL/kg/dia
	Idoso	25 mL/kg/dia
	Fim de vida	500 – 1000 mL/dia

Fonte: 2,3

Quadro 60. Recomendações nutricionais para pacientes sobreviventes de câncer (em remissão completa após cinco anos).

Sobreviventes de câncer	
Energia <sup>2</sup>	Semelhante a indivíduos saudáveis, geralmente variando entre 25 e 30 kcal/kg/dia. Objetivando sempre a manutenção de um peso saudável.
Proteínas <sup>2</sup> (Considerar a função renal)	Semelhante a indivíduos saudáveis, geralmente variando entre 0,8 e 1,0 g/kg/dia.

Fonte: 2

Quadro 61. Recomendações de proteína para pacientes com sarcopenia.

<b>Sarcopenia</b> <i>(Na presença de sarcopenia a dieta deverá ser hiperproteica e fracionada de forma a ofertar 20 a 30g de proteína por refeição)</i>		
Proteínas <sup>2</sup>	Se função renal normal	1,2 – 1,5 g/kg/dia
	A dose de 2,0 g de proteínas/kg/dia é segura	
	Se falência renal aguda ou crônica	1,0 – 1,2 g/kg/dia
Obs.: Estimular a prática de atividade física, para estímulo à massa magra.		

Fonte: 2

Quadro 62. Recomendações nutricionais para pacientes com caquexia.

<b>Caquexia<sup>2,3</sup></b>		
Energia	30 – 35 kcal/kg/dia	Sempre com meta individualizada
Proteínas	1,2 – 2,0 g/kg/dia	Considerar idade, indicação cirúrgica e comorbidades.
Ômega 3	2 g/dia	Pode ser recomendado para estabilizar ou melhorar o apetite, a ingestão alimentar, massa magra e peso corporal.

Fonte: 2,3

**Observações:**

1. Focar as recomendações quanti e qualitativas no controle adequado do peso, visto que o excesso de peso é fator de risco tanto para a ocorrência da doença, quanto para recaídas.
2. Realizar a triagem de sarcopenia pelo SARC-F em todos os pacientes onco-hematológicos.
3. Nos pacientes com Mieloma Múltiplo considerar avaliação da composição corporal por dobras cutâneas ou Bioimpedância, além do IMC. E individualizar a dieta, de acordo com a fase do tratamento.
4. Considerar como pontos de corte para a CP (idosos): H:  $\leq 34$  cm e M:  $\leq 33$  cm<sup>4</sup>.
5. Avaliação de força muscular: Considerar como pontos de corte para a FPP (população brasileira): FPP – H:  $< 30$  kgf e M:  $< 16$  kgf<sup>5</sup>.

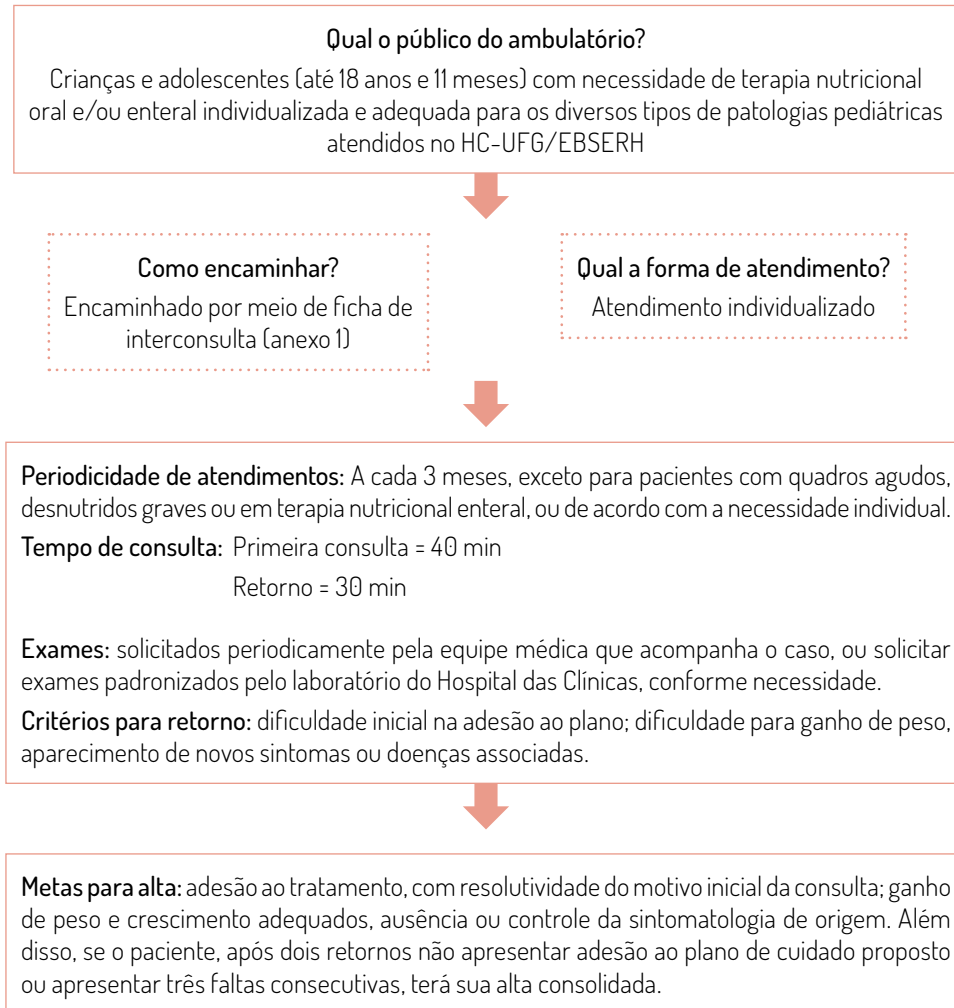
## Referências

1. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Consenso nacional de nutrição oncológica. Rio de Janeiro: INCA, 2015.
2. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Consenso nacional de nutrição oncológica. Rio de Janeiro: INCA, 2016.
3. Horie LM et al. Diretriz Brasileira de Terapia Nutricional no Paciente com Câncer. BRASPEN J, 2019;34(Supl 1):2-32.
4. Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral, Associação Brasileira de Nutrologia. Terapia Nutricional na Oncologia. Projeto diretrizes. 2011. [acesso em 29 jul 2020]. Disponível em [https://diretrizes.amb.org.br/\\_BibliotecaAntiga/terapia\\_nutricional\\_na\\_oncologia.pdf](https://diretrizes.amb.org.br/_BibliotecaAntiga/terapia_nutricional_na_oncologia.pdf).

## 6.7. PEDIATRIA

### 6.7.1. Fluxo de Atendimento

Figura 18. Fluxo de atendimento e recomendações nutricionais do ambulatório de pediatria.



## PRIMEIRA CONSULTA

- Aplicar a anamnese completa.
- Estabelecer a impressão diagnóstica a partir da avaliação nutricional.
- Realizar o diagnóstico nutricional
- Propor a conduta e metas nutricionais.
- Anexar a ficha de anamnese ao prontuário.

## RETORNO

- Aplicar a anamnese de retorno.
- Avaliar metas propostas na consulta anterior.
- Estabelecer a impressão diagnóstica a partir da avaliação nutricional.
- Realizar o diagnóstico nutricional.
- Propor nova conduta e metas nutricionais.
- Anexar a ficha de anamnese ao prontuário.

## 6.7.2. Recomendações

Quadro 63. Recomendações nutricionais gerais para crianças e adolescentes.

Nutrientes	Recomendações	
Energia (Kcal/kg/dia)	0 – 1 ano	90 – 120
	1 – 7 anos	75 – 90
	7 – 12 anos	60 – 75
	12 – 18 anos	30 – 60
	18 – 25 anos	25 – 30
Proteína (g/kg/dia)	Baixo peso ao nascer	3 – 4
	Termo	2 – 3
	1 – 10 anos	1 – 1,2
	Adolescente masculino	0,9
	Adolescente feminino	0,8
	Criança / adolescente grave	1,5

Carboidrato	0 – 6 meses	60 g (AI*)
	7 – 12 meses	95 g (AI*)
	1 – 3 anos	45 – 65%
	4 – 18 anos	45 – 65%
Lipídio	0 – 6 meses	31 g (AI*)
	7 – 12 meses	30 g (RDA*)
	1 – 3 anos	30 – 40%
	4 – 18 anos	25 – 35%
Micronutrientes	Conforme RDA para faixa etária, de acordo com a doença de base ou após investigação de exames bioquímicos.	
Água (ml/dia) (Fórmula de <i>Holliday-Segar</i> )	100 mL/kg para uma criança de 3 - 10 kg	
	1000 mL + 50 mL/kg para cada kg acima de 10 kg para uma criança de 10 a 20 kg	
	1500 mL + 20 mL/kg para cada kg acima de 20 kg para uma criança acima de 20 kg	

Fonte: 1,2

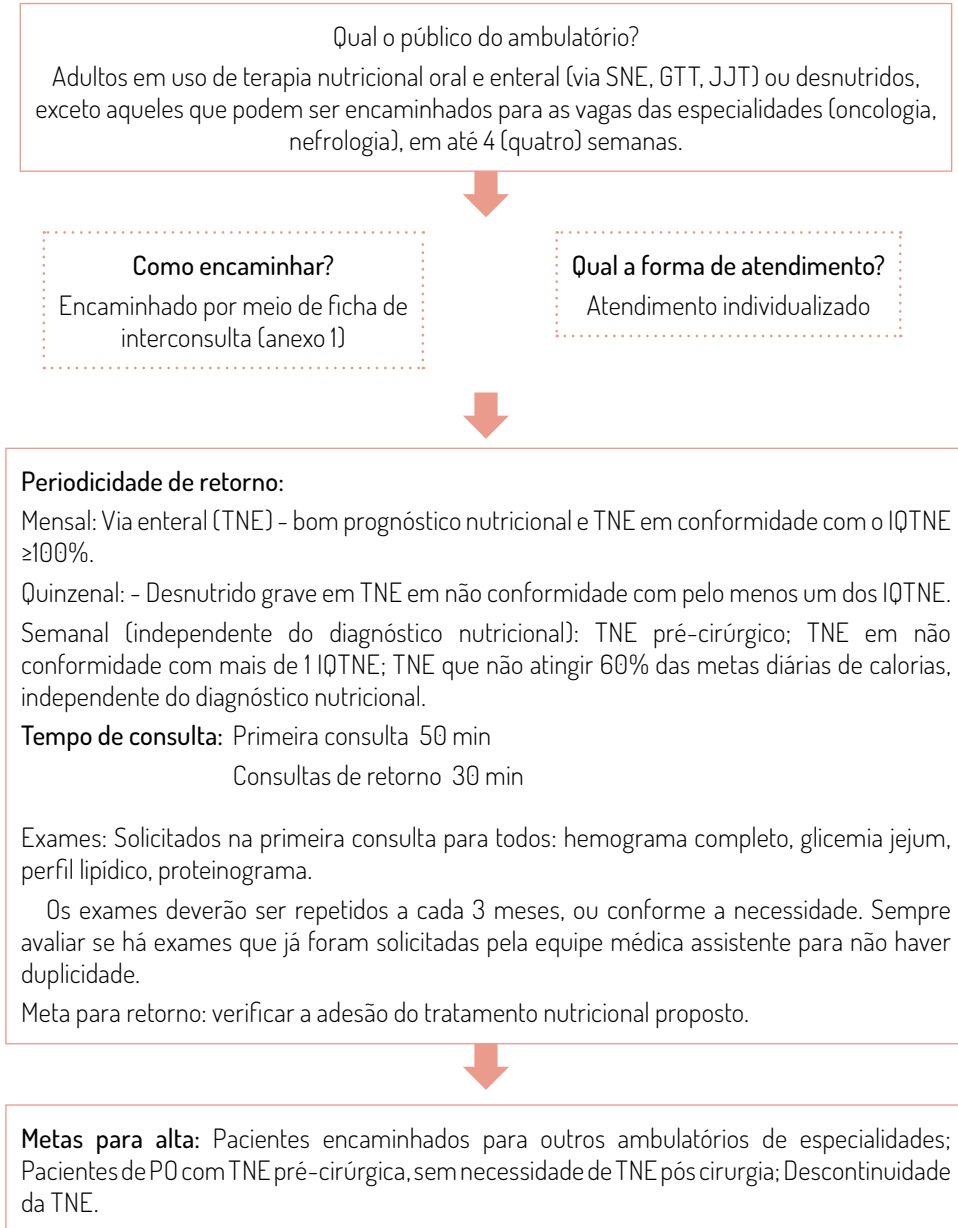
## Referências

1. Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral; Associação Brasileira de Nutrologia [Internet]. São Paulo: Recomendações nutricionais para crianças em terapia nutricional enteral e parenteral; c2011 [cited 2020 Ago 27]. Projeto Diretrizes. Disponível em: [https://diretrizes.amb.org.br/\\_BibliotecaAntiga/recomendacoes\\_nutricionais\\_para\\_crianças\\_em\\_terapia\\_nutricional\\_ental\\_e\\_parenteral.pdf](https://diretrizes.amb.org.br/_BibliotecaAntiga/recomendacoes_nutricionais_para_crianças_em_terapia_nutricional_ental_e_parenteral.pdf).
2. Carvalho APPF et al. Protocolo de atendimento nutricional do paciente hospitalizado - adulto e idoso. v. 2, Goiânia: Gráfica UFG, 2016. 171 p.

## 6.8. NUTRIÇÃO E TERAPIA NUTRICIONAL

### 6.8.1. Fluxo de Atendimento

Figura 19. Fluxo de atendimento e recomendações nutricionais do ambulatório de terapia nutricional.



## PRIMEIRA CONSULTA



Aplicar anamnese completa, contendo:

- Dados socioeconômicos, dados clínicos e histórico da doença;
- Avaliação física;
- Avaliação antropométrica;
- Avaliação do consumo alimentar e hábitos de vida;
- Pedidos de exame;
- Condutas nutricionais com entrega de plano alimentar e metas para retorno;
- Evolução.

## RETORNO



Aplicar anamnese de retorno, contendo:

- Reavaliação dietética;
- Avaliação das metas estabelecidas;
- Reavaliação física;
- Reavaliação antropométrica;
- Análise de resultados de exames e pedido de novos ou repetir algum necessário;
- Condutas nutricionais;
- Evolução.

## RECOMENDAÇÕES NUTRICIONAIS

**Recomendações nutricionais gerais para adultos em TNE:** ver quadro a seguir.

**Orientações nutricionais:** com objetivo de orientar quanto ao uso e manejo da dieta enteral, considerando os cuidados dietoterápicos para as doenças existentes.

**Planos alimentares entregues:** prescrições dietéticas e demais orientações nutricionais.

**Observações:** todas as consultas deverão ser devidamente registradas no prontuário do paciente, conforme evolução padrão da equipe de nutrição clínica, inclusive consultas extras.

## 6.8.2. Recomendações

Quadro 64. Recomendações nutricionais para pacientes adultos em terapia nutricional enteral.

Nutriente	Recomendação
Energia	25 - 35 kcal/kg/d <sup>1</sup>
Proteína	1,0 - 2,0 g/kg/ dia <sup>1</sup>
Carboidratos	55 - 60% do VET <sup>1</sup>
Lipídios	20 - 35% do VET <sup>1</sup>
Fibras	15 - 30 g/dia, sendo 75% das fibras insolúveis e 25% solúveis <sup>1</sup>
Probióticos	5 - 10 g pode ser recomendada para manutenção da flora normal, e de 12,5 - 20 g, para recuperação das bifidobactérias <sup>1</sup>
Micronutrientes	Conforme DRI <sup>1</sup>
Água	30 - 40 mL/kg/dia ou 1,0 - 1,5 mL/kcal <sup>1</sup>

Fonte: 1

Para patologias com recomendações específicas, deverão ter as necessidades nutricionistas baseadas no Protocolo de Atendimento Nutricional do Paciente Hospitalizado - Volume 2: Adulto e Idoso<sup>2</sup>.

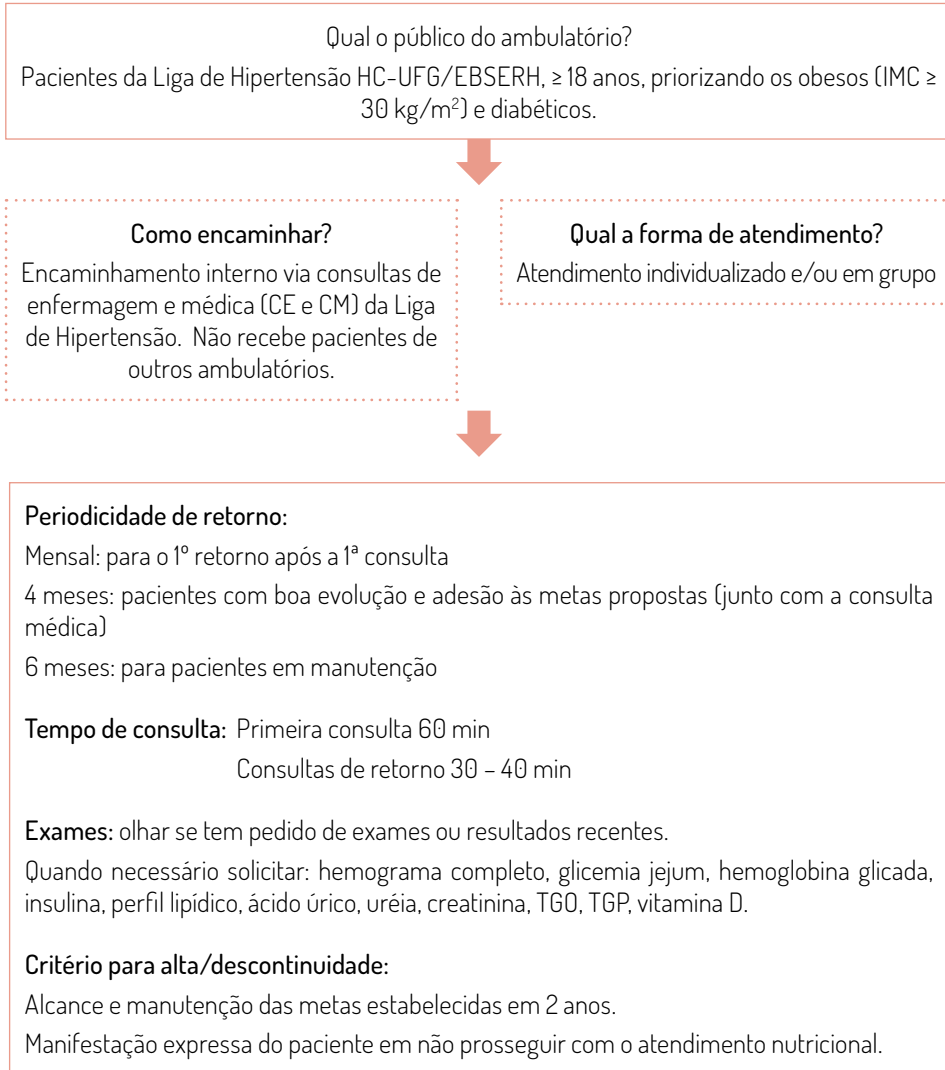
## Referências

1. Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral, Sociedade Brasileira de Clínica Médica, Associação Brasileira de Nutrologia. Recomendações Nutricionais para Adultos em Terapia Nutricional Enteral e Parenteral. Projeto diretrizes. 2011 [ acesso em 29 jul 2020]. Disponível em [https://diretrizes.amb.org.br/\\_BibliotecaAntiga/recomendacoes\\_nutricionais\\_de\\_adultos\\_em\\_terapia\\_nutricional\\_ental\\_e\\_parenteral.pdf](https://diretrizes.amb.org.br/_BibliotecaAntiga/recomendacoes_nutricionais_de_adultos_em_terapia_nutricional_ental_e_parenteral.pdf).
2. Carvalho APPF et al. Protocolo de atendimento nutricional do paciente hospitalizado - adulto e idoso. v. 2, Goiânia: Gráfica UFG, 2016. 171 p.

## 6.9. NUTRIÇÃO E DOENÇAS CARDIOVASCULARES

### 6.9.1. Fluxo de Atendimento

Figura 20 - Fluxo de atendimento do ambulatório de nutrição da Liga de Hipertensão Arterial.



## PRIMEIRA CONSULTA

- Aplicar anamnese de 1ª consulta.
- Realizar avaliação antropométrica (Peso, estatura, IMC, circunferência da cintura e panturrilha, força de preensão palmar).
- Realizar a medida da pressão arterial (2 medidas).
- Analisar resultados de exames bioquímicos recentes (prontuário ou com o paciente) ou fazer pedido, se necessário.
- Estabelecer 2 a 3 metas nutricionais.
- Entregar plano alimentar nos casos de sobrepeso/ obesidade e DM. (Ficha de prescrição dietética, Anexo 21).
- Entregar orientações nutricionais.
- Encaminhar o paciente para avaliação da composição corporal (USG / BIA - indicação do nutricionista)
- Definir prazo para o retorno e encaminhar o paciente para agendar a data na recepção da LHA.
- Realizar anamnese no AGHUX, imprimir e anexar ao prontuário da LHA.
- Preencher evolução específica da LHA de forma resumida.
- No prontuário físico anotar: "Atendimento nutricional registrado em formulário próprio da LHA".
- Entre um paciente e outro higienizar as cadeiras com álcool 70%.

## RETORNO

- Aplicar anamnese de retorno.
- Realizar reavaliação antropométrica.
- Realizar a medida da pressão arterial (2 medidas).
- Analisar resultados de exames e fazer novo pedido, se necessário.
- Avaliar adesão às metas nutricionais, plano alimentar ou orientações estabelecidas.
- Estabelecer novas condutas nutricionais: avaliar metas da consulta anterior, estabelecer novas metas se possível (no máximo 3 metas/consulta), adequação do plano alimentar e orientações.
- Definir prazo para o retorno e encaminhar o paciente para agendar a data na recepção da LHA.
- Preencher evolução no prontuário da LHA e no AGHUX.
- Fazer o registro do atendimento no prontuário geral HC/UFG, anotando o seguinte: "Realizado atendimento nutricional com registro em formulário próprio da LHA".
- Entre um paciente e outro higienizar as cadeiras com álcool 70%.

## 6.9.2. Recomendações

Quadro 65. Pontos de corte para estabelecimento de metas dietoterápicas.

Medida/índice	Ponto de corte/meta
Peso	Deve ser controlado para a manutenção de um IMC < 25 kg/m <sup>2(1,2)</sup> <b>Na obesidade e síndrome metabólica:</b> ↓ de 5 – 10% do peso (para melhoria dos níveis da pressão arterial, do controle metabólico e mortalidade relacionada ao diabetes) <sup>3</sup>
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	<b>Adultos</b> Manter IMC < 25 kg/m <sup>2(1)</sup> <b>Idosos</b> Manter IMC de 22 a < 27 kg/m <sup>2(1)</sup>
Circunferência da cintura	Manter CC para homens < 90 cm e para mulheres CC < 80 cm <sup>1</sup>
Circunferência da panturrilha	Um valor de CP em homens ≤ 34 cm e em mulheres ≤ 33 cm (idosos) <sup>4</sup>
Força de preensão palmar (FPP)	Valores abaixo de 30 kgF em homens e abaixo de 16 kgF em mulheres indicam baixa força muscular <sup>4</sup>

Fonte: 1,2,3,4,5

Quadro 66. Valores desejáveis de exames bioquímicos.

Exame	Meta
Colesterol total	< 190 mg/dL <sup>6</sup>
HDL	> 40 mg/dL <sup>1,6</sup>
LDL	< 100 mg/dL <sup>1</sup>
Triglicérides	< 150 mg/dL <sup>1,6</sup>
Glicemia jejum	Sem diabetes: 65 – 100 mg/dL <sup>7</sup> DM1 ou DM2: 80 – 130 mg/dL <sup>8</sup> adultos e idosos saudáveis <sup>a</sup> DM1 ou DM2: 90 – 150 mg/dL <sup>8</sup> idoso comprometido <sup>b</sup> DM1 ou DM2: 100 – 180 mg/dL <sup>8</sup> *idoso muito comprometido <sup>c</sup>

Glicemia pós prandial	Sem diabetes: 80 – 126 mg/dL <sup>7</sup> DM1 e DM2: < 180 mg/dL <sup>8</sup> adultos e idosos.
Hemoglobina glicada <sup>8</sup>	DM1 ou DM2: < 7,0% – adultos DM1 ou DM2: < 7,5% – idoso saudável <sup>a</sup> DM1 ou DM2: < 8,5% – idoso comprometido <sup>b</sup>

<sup>a</sup> Idoso saudável: poucas comorbidades, estado funcional e cognitivo preservados;

<sup>b</sup> idoso comprometido: diagnóstico de câncer, artrite reumatoide, insuficiência cardíaca congestiva, depressão grave, enfisema, doença de Parkinson, infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral, insuficiência renal crônica classe III ou pior, presença de comprometimento funcional e cognitivo leve a moderado;

<sup>c</sup> Idoso muito comprometido: doença terminal, comprometimento funcional e cognitivo grave.

### Quadro 67. Recomendações alimentares e nutricionais.

Recomendações	
Gerais <sup>1,2,4,10</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prescrição individualizada, com base no diagnóstico médico, nutricional e exames laboratoriais<sup>1</sup>;</li> <li>• Recomendação de alimentação saudável para a população brasileira,<sup>8,9,10</sup> ajustada para hipertensão arterial;</li> <li>• Recomendações de alimentação saudável.</li> </ul> <p><b>Na prática:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aumentar consumo diário de frutas e hortaliças;</li> <li>2. Diminuir: consumo de carne vermelha, gorduras, doces, bebidas com açúcar;</li> <li>3. Usar óleos, gorduras, sal e açúcar em pequenas quantidades ao preparar alimentos;</li> <li>4. Introduzir laticínios com ↓ teor de gordura, cereais integrais, peixe, oleaginosas e azeite;</li> <li>5. Consumir moderadamente: oleaginosas, vinho;</li> <li>6. Controlar o tamanho das porções<sup>3</sup>;</li> <li>7. Fazer do alimento in natura e minimamente processados a base da alimentação, limitar os processados e evitar os ultraprocessados;</li> <li>8. Não trocar comida feita na hora por comida congelada, de pacote e <i>fast foods</i>;</li> <li>9. Comer com regularidade, atenção e em ambiente apropriado, com companhia.</li> </ol>

Energia	<p><b>Fórmula de bolso:</b>          Perda de peso 20 Kcal/kg peso atual/dia.<sup>2,5</sup>          Manutenção do peso 25 Kcal/kg peso atual /dia.<sup>2</sup>          Ganho de peso <math>\geq</math> 30 Kcal/kg peso atual /dia.<sup>2</sup></p> <p><b>Para obesidade ou síndrome metabólica:</b>          20 kcal/ kg peso atual/dia<sup>3</sup> ou <math>\downarrow</math> ingestão habitual em 500 a 1000 kcal/dia<sup>3,5</sup></p>
Carboidratos	50 – 60% do VET <sup>2</sup>
Proteínas	<p>10 – 15% do VET<sup>2</sup>          0,8 g – 1,0 g/kg peso atual/dia ou 15%<sup>3</sup> (obesidade e síndrome metabólica)</p> <p><b>Observação:</b>          No emagrecimento, estudos tem recomendado a utilização de dietas com maior teor de proteína, entre 20 - 45% do VET, avaliando o paciente individualmente<sup>11,12,13</sup>. Obs: verificar adequação à função renal.</p>
Lipídios	<p>25 – 35% VET<sup>2</sup>          Ác. graxos saturados: até 7% do VET<sup>2</sup>          Ác. graxos insaturados: até 20% do VET<sup>2</sup>          Ác. graxos poliinsaturados: até 10% do VET<sup>2</sup>          Colesterol: até 200 mg/dia<sup>2</sup></p> <p><b>Na prevenção cardiovascular<sup>10,11,12,14</sup>:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Excluir gorduras trans:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evitar alimentos processados e ultraprocessados;</li> <li>- Ler rótulos e evitar consumir alimentos que contenham gordura trans na lista de ingredientes).</li> </ul> </li> <li>2. Incluir gorduras insaturadas:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Usar azeite, óleos de canola, soja, milho, girassol, nozes e castanhas;</li> <li>- Para o preparo dos alimentos preferir o uso de óleos vegetais (soja, canola, milho) em substituição a de origem animal (banha e manteiga);</li> <li>- Fontes de ômega 3: marinha (sardinha, atum, salmão) e vegetal (óleo canola, semente de chia e linhaça, castanhas).</li> </ul> </li> </ol>

Lipídios	<p>3. Adequar consumo de gorduras saturadas (até 7% do VET para portadores de hipercolesterolemia familiar e diabetes):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reduzir carnes vermelhas, retirar gordura aparente das carnes, couros e peles;</li> <li>- Preferir carnes magras: peito de frango, peixe (2x/semana), lombo e filé mignon suíno, tem gordura similar a patinho e alcatra. Outros cortes bovinos, retirar a gordura e preparar cozido ou grelhado (músculo, coxão duro, coxão mole, acém, contrafilé, filé);</li> <li>- Evitar carnes mais gordurosas: picanha, fraldinha, costela, peito bovino, cupim, carne seca, linguiça;</li> <li>- Usar leite e derivados desnatados: requeijão cremoso, iogurte, queijo minas, ricota;</li> <li>- Evitar óleo de côco, palma e banha (ricos em gordura saturada);</li> <li>- A manteiga pode ser utilizada em quantidade reduzida. Exemplo: 1 - 2x/ dia, no café da manhã ou lanche da tarde, passando a ponta da faca 1 x no pote para 1 unidade de pão;</li> </ul> <p>4. Substituir as calorias de gorduras saturadas por insaturadas ou carboidratos complexos. Exemplo: patê de abacate em substituição a margarina ou manteiga;</p> <p>5. Priorizar a forma de preparo assada, cozida e grelhada;</p> <p>6. Associar, sempre que possível, a adequação do consumo lipídico com maior consumo de frutas, hortaliças e grãos integrais.</p>
Fibras	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <math>\geq 25</math> gramas/dia para adultos – (400 g de frutas e vegetais/dia)<sup>6,14,15</sup></li> <li>- Incluir fibras solúveis (frutas, leguminosas, farelo ou farinha de aveia, farelo de trigo).</li> <li>- Para <math>\downarrow</math> LDL<sup>6</sup>, pode ser usado o farelo de aveia na quantidade de 2 colheres sopa cheias/dia - 30 g). Essa quantidade contém 3 g de betaglucanas, que é um tipo de fibra solúvel com efeito na <math>\downarrow</math> LDL<sup>6</sup>.</li> </ul> <p>*100 g de farelo de aveia tem 9,68 g de betaglucanas<sup>14,15</sup></p>
Sódio	<p>2 gramas de Na/dia<sup>1</sup>, equivalente a 5 gramas de sal; Medida caseira = 1 colher de chá de sal por pessoa ao dia; Sugestão de sal de ervas para temperar alimentos.</p>
Cafeína	<p>Não exceder 200 mg<sup>1</sup> de cafeína/dia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Café coado: até 300 ml/dia<sup>1</sup></li> <li>- Café expresso: até 100 ml/dia<sup>1</sup></li> <li>- Café instantâneo: até 750 ml/dia<sup>1</sup></li> </ul>

Bebidas alcoólicas	<p>Não ultrapassar 30 g de álcool/dia<sup>1</sup></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- 1 garrafa de cerveja (5% álcool, 600 mL)</li><li>- 2 taças de vinho (12% álcool, 250 mL)</li><li>- 1 dose de uísque, vodca, aguardente (42% álcool, 60 mL)</li><li>- Para homens com baixo peso, mulheres, indivíduos com sobrepeso e/ou triglicérides elevados: ↓ as quantidades acima pela metade.</li><li>- Para indivíduos que não consomem bebidas alcoólicas: não incentivar o consumo, nem nas quantidades especificadas acima.</li></ul>
Atividade física	<ul style="list-style-type: none"><li>- Realizar pelo menos 150 min de atividade física moderada<sup>1</sup>.</li><li>- 3 a 5 vezes na semana, de 30 a 60 minutos<sup>1</sup>.</li><li>- Estimular redução do comportamento sedentário, levantando-se por 5 min a cada 30 minutos sentado<sup>1</sup>.</li><li>- Dicas para diminuir o comportamento sedentário no dia a dia:<ol style="list-style-type: none"><li>1. Passear com o cachorro ou com as crianças na praça, no quarteirão;</li><li>2. Trocar o elevador por escada quando possível;</li><li>3. Andar enquanto se fala ao celular;</li><li>4. Dançar;</li><li>5. Pular corda;</li><li>6. Andar de bicicleta;</li><li>7. Limpar a casa, o quintal, a calçada, cuidar do jardim;</li><li>8. Quando tiver que ir a locais próximos de casa (farmácia, padaria, banco ...) trocar o carro pela bicicleta ou ir a pé;</li><li>9. Descer do transporte coletivo ou do carro uns 2 a 3 quarteirões antes e terminar o percurso a pé.</li></ol></li></ul>

Quadro 68. Alimentação Cardioprotetora.

Recomendações	
Quando indicar?	<p>Eutrófico</p> <p>Dislipidemias</p> <p>Evento cardiovascular prévio (IAM, AVE)</p>
O que é?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alimentação baseada nas diretrizes atuais para controle e prevenção das DCVs;</li> <li>- Controle de nutrientes que aumentam o risco cardiovascular (colesterol, gordura saturada, gordura trans e sódio);</li> <li>- Inclusão de nutrientes cardioprotetores (antioxidantes e fibras);</li> <li>- Baixa densidade energética das preparações;               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Não adição de açúcar refinado;</li> <li>- Exclusão de alimentos ultraprocessados.</li> </ul> </li> </ul>
Na prática	<p>CONSUMIR EM MAIOR QUANTIDADE E FREQUÊNCIA verduras, legumes, frutas, leite e derivados desidratados e feijão.</p> <p>CONSUMIR EM QUANTIDADE MODERADA arroz, macarrão, pão, cereais, torradas, castanhas e oleos.</p> <p>CONSUMIR EM MENOR QUANTIDADE carnes, ovos, queijo e manteiga.</p> <p>Extraído de: Ministério da saúde, 2018<sup>2</sup>.</p>

Na prática	<p><b>Grupo Verde:</b> Alimentos desse grupo devem ser a base da alimentação diária, estando presentes em maior proporção em comparação com os demais grupos.</p>	<p><b>Verduras:</b> Alface, repolho, couve, brócolis, espinafre, agrião etc.</p> <p><b>Frutas:</b> Banana, laranja, maçã, mamão, uva, limão, abacaxi etc. Legumes Cenoura, tomate, beterraba, abobrinha, chuchu etc.</p> <p><b>Leguminosas:</b> Feijão, soja, ervilha e lentilha.</p> <p><b>Lácteos:</b> Leite desnatado e iogurte natural desnatado.</p>
	<p><b>Grupo Amarelo:</b> Os alimentos desse grupo devem ser consumidos com moderação</p>	<p><b>Pães:</b> francês, caseiro, integral. <b>Cereais:</b> arroz branco, integral, aveia, granola, linhaça. <b>Macarrão</b> <b>Tubérculos cozidos:</b> batata, mandioca, cará, inhame, mandioquinha. <b>Farinhas:</b> mandioca, tapioca, milho e de rosca. <b>Castanhas:</b> castanha-do-Pará, castanha de baru, amêndoas, castanha-de-caju, nozes, amendoim. <b>*Doces caseiros simples de frutas:</b> goiabada, doce de abóbora, cocada, geleia de frutas. <b>Óleos vegetais:</b> soja, milho, canola, azeite de oliva. <b>*Mel de abelhas</b></p>

Na prática	<p><b>Grupo Azul:</b></p> <p>Os alimentos desse grupo devem ser consumidos em pequenas quantidades e em menor proporção em relação aos grupos anteriores</p>	<p>Carnes: bovina, suína, frango, peixe etc.</p> <p>Queijos, creme de leite, leite condensado</p> <p>Ovos</p> <p>Manteiga</p> <p>*Doces caseiros: pudim, bolo, torta, quindim, etc.</p>
	<p><b>Grupo vermelho</b></p> <p>Não recomendado.</p> <p>São alimentos ultraprocessados, de baixa qualidade nutricional, alta densidade energética, carboidratos refinados, açúcar, gordura vegetal hidrogenada, gordura saturada e trans, elevada quantidade de sódio, com conservantes, estabilizantes, corantes, edulcorantes e aromatizantes. Em geral, possuem 5 ou mais ingredientes.</p>	<p>Alimentos prontos congelados: lasanha, pizza, macarrões, pratos prontos, hambúrguer, nuggets.</p> <p>Alimentos prontos desidratados: sopa e macarrão instantâneos.</p> <p>Alimentos em pó: sucos, temperos, achocolatado, cappuccino.</p> <p>Embutidos: salame, mortadela, presunto, apresuntado, salsicha, linguiça.</p> <p>Doces industrializados: preparo para bolo, bolo industrializado, flan em pó, sorvete em creme ou picolé, chocolate ao leite ou recheado, bolachas recheadas, cremes prontos, balas.</p> <p>Biscoitos, salgadinhos de pacote: bolachas doces, salgadas e recheadas.</p> <p>Refrigerante</p>

Como substituir alimentos ultraprocessados?	Alimentos ultraprocessados: Salgadinhos de pacote, bolachas e biscoitos doces ou salgados.	Possíveis substituições: Castanhas, frutas secas.
	Linguiça, salsicha, empanados tipo nuggets.	Carne bovina, suína, frango, peixe, ovo.
	Embutidos, como presunto, peito de peru, mortadela.	Queijos, atum enlatado, ovo, peito de frango desfiado.
	Doces prontos, como chocolates, congelados, sorvete.	Frutas desidratadas, frutas in natura, salada de frutas.
	Refrigerantes, sucos em pó ou de caixinha.	Água, suco natural, vitamina de fruta batida com leite ou suco natural.
	Macarrão instantâneo.	Macarrão com temperos naturais e/ou polpa de tomate.
	Temperos instantâneos.	Temperos naturais: alho, cebola, alecrim, cebolinha, coentro, salsa, orégano, manjericão.
	Bebidas lácteas e iogurtes adoçados e com adição de corantes e saborizantes.	Iogurte natural com frutas, mel, castanhas, granola ou aveia.
	Margarina, requeijão.	Manteiga, queijo, geleia, mel, patê de abacate.
	Pão de forma e bolachas salgadas, como cream cracker e integrais industrializados.	Pães caseiros, pão francês, pão de milho, tapioca.

\* Restrito em pacientes diabéticos.

Fonte: 2.

Quadro 69. Porções por Grupo de Alimentos na Alimentação Cardioprotetora.

Grupo/ VET	1400 kcal	1600 kcal	1800 kcal	2000 kcal	2200 kcal	2400 kcal
Verde	09	11	11	12	14	15
Amarelo	06	07	09	10	11	13
Azul	02	02	03	03	04	04

Fonte: 2

## Referências

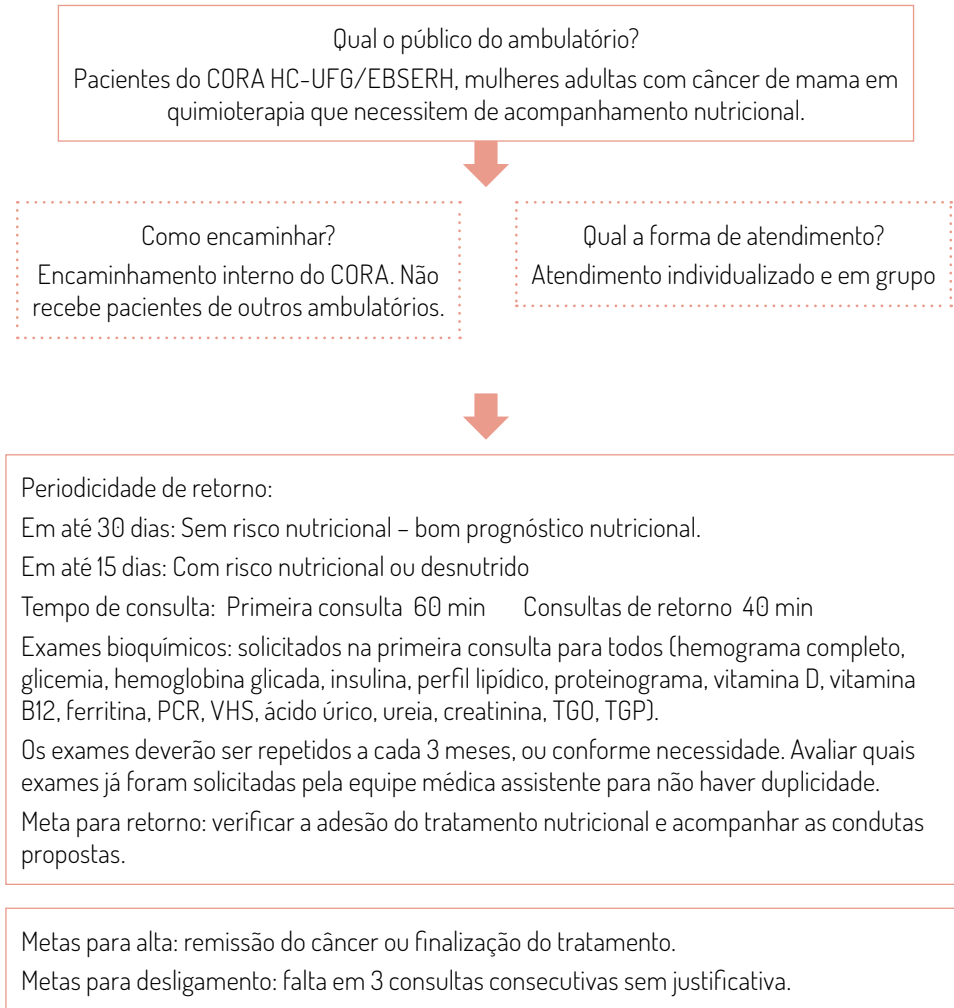
1. Barroso WKS et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial - 2020. Arq. Bras. Cardiol. 2021; 116(3): 516-658.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Alimentação Cardioprotetora: manual de orientações para os profissionais de saúde da Atenção Básica / Ministério da Saúde, Hospital do Coração. - Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 138 p.
3. Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. Arq Bras Cardiol. 2005; 84(supl 1):15-24.
4. Gonçalves et al. Diretriz Braspen de terapia nutricional no envelhecimento. Braspen Journal. 2019; (supl 3). 68 p.
5. ABESO. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Diretrizes Brasileiras de Obesidade. 4th ed. São Paulo. 2016. 188 p.
6. Faludi AA et al. Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemia e Prevenção da Aterosclerose. Cardiol. 2017; 109(2); (supl 1): 1-76.
7. Golbert A et al. Diretrizes Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020. 2019. 491 p.
8. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretriz 2022. Disponível em: < <https://diretriz.diabetes.org.br/>>. Acesso em: 17.02.2022.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
11. Pedrosa RG, Donato-Júnior J, Tirapegui J. Dieta rica em proteína na redução de peso corporal. *Rev. Nutr.*, Campinas, 22(1):105-111, 2009.
12. Oliveira CLP et al. Consumption of a High-Protein Meal Replacement Leads to Higher Fat Oxidation, Suppression of Hunger, and Improved Metabolic Profile After an Exercise Session. *Nutrients*, 13: 1-18, 2021.
13. Röhling M et al. Effects of a Protein-Rich, Low-Glycaemic Meal Replacement on Changes in Dietary Intake and Body Weight Following a Weight-Management Intervention. *Nutrients*, 13:3-11, 2021.
14. Izar MCO et al. Posicionamento sobre o Consumo de Gorduras e Saúde Cardiovascular 2021. *Arq Bras Cardiol.* 2021; 116(1):160-212.
15. Fujita AH, Figueroa MOR. Composição centesimal e teor de  $\beta$ -glucanas em cereais e derivados. *Cienc. Tecno. Aliment.*, Campinas, 23(2):116-120, 2003.

## 6.10. NUTRIÇÃO E MASTOLOGIA

### 6.10.1. Fluxo de Atendimento

Figura 21. Fluxo de atendimento e recomendações nutricionais do ambulatório de Mastologia



## PRIMEIRA CONSULTA



- Aplicar anamnese de 1ª consulta, utilizando o AGHUX (aba anamnese).
- Na consulta nutricional aferir peso atual, altura e circunferência da cintura.
- Analisar resultados de exames bioquímicos recentes (prontuário ou com o paciente) ou fazer pedido, se necessário.
- Estabelecer as metas nutricionais.
- Entregar plano alimentar e orientações nutricionais.
- Agendar data para a 1ª consulta de avaliação nutricional, onde será realizada a avaliação nutricional completa (peso, estatura, IMC, circunferências da cintura, braço e panturrilha, força de prensão manual, BIA, ASG-PPP).
- Preencher em impresso próprio do CORA a data do retorno e orientar o paciente a agendar no guichê do SAMIS, especificando o número da grade (690 ou 702).
- Imprimir anamnese e anexar ao prontuário físico.
- Entre um paciente e outro higienizar as cadeiras com álcool a 70%.

## RETORNO



- Aplicar anamnese de retorno, utilizando o AGHUX (aba evolução).
- Realizar reavaliação antropométrica completa a cada 3 meses (peso atual, altura, circunferências (cintura, braço, panturrilha), força de prensão manual, BIA . Se o retorno ocorrer em menos de 3 meses avaliar peso, estatura, IMC e circunferência da cintura.
- Analisar resultados de exames e fazer novo pedido, se necessário.
- Avaliar adesão às metas nutricionais, plano alimentar ou orientações estabelecidas.
- Estabelecer novas condutas nutricionais: avaliar metas da consulta anterior, estabelecer novas metas se possível, adequar plano alimentar e orientações.
- Preencher em impresso próprio do CORA a data do retorno e orientar o paciente a agendar no guichê do SAMIS, especificando o número da grade.
- Imprimir a evolução e anexar no prontuário físico.
- Entre um paciente e outro higienizar as cadeiras com álcool a 70%.

## 6.10.2. Recomendações

Quadro 70. Recomendação de energia, nutrientes e água para pacientes com câncer de mama.

Nutrientes	Recomendação
Energia	<p>Obesos: 20 a 25 kcal / kg de peso ideal / dia ou 11 a 14 kcal/kg de peso atual<sup>1</sup></p> <p>Manutenção de peso: 25 a 30kcal/kg/dia<sup>1</sup> (adulto e idoso em tratamento antineoplásico)</p> <p>Desnutrido ou caquexia: 30 a 35 kcal/kg de peso atual/dia<sup>1,5</sup></p> <p>Idoso com IMC &lt; 18,5 kg/m<sup>2</sup>: 32 a 38 kcal/kg peso atual<sup>5</sup></p> <p>Paciente tratamento paliativo: idem ao adulto e idoso em tratamento antineoplásico<sup>5</sup></p> <p>Sobreviventes do câncer: 25 a 30 kcal/kg peso atual dia<sup>5</sup></p>
Proteína	<p>Adulto e idoso em tratamento antineoplásico: acima de 1 g/kg peso atual/dia<sup>5</sup></p> <p>Com estresse moderado e desnutrido: 1,2 a 1,5 g /kg/dia<sup>2,5</sup></p> <p>Com estresse elevado, inflamação sistêmica, sarcopenia: 1,2 a 2 g / kg/dia<sup>2,5</sup></p> <p>Paciente em tratamento paliativo: idem ao adulto e idoso em tratamento antineoplásico<sup>5</sup></p> <p>Sobreviventes do câncer: 0,8 a 1 g/kg peso atual/dia<sup>5</sup></p>
Carboidratos	<p>Obesos: a restrição de açúcar e a substituição de carboidratos simples, de absorção rápida, por carboidratos complexos, de liberação lenta pode ser uma estratégia efetiva para o planejamento alimentar destes pacientes. <sup>3</sup></p>
Lípidios	20 – 30% VET <sup>4</sup>
Micronutrientes	Conforme DRI <sup>2</sup>
Água	<p>Paciente adulto: 30 a 35 ml/kg de peso atual/dia<sup>2</sup></p> <p>Paciente idoso: até 40 ml/kg de peso atual/dia<sup>2</sup></p>

Fonte: 1,2,3,4,5

## Referências

1. Sociedade Brasileira de Nutrição Oncológica. I Consenso brasileiro de nutrição oncológica da SBNO. Rio de Janeiro: Edite, 2021.
2. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Consenso nacional de nutrição oncológica. Rio de Janeiro: INCA, 2016.
3. Sociedade Brasileira Nutrição Enteral e Parenteral. Diretriz Braspen de terapia nutricional no paciente com câncer. Rev BRASPEN J 2019; 34 (Supl 1): 2-32.
4. Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral, Associação Brasileira de Nutrologia. Terapia Nutricional na Oncologia. Projeto diretrizes. 2011. [acesso em 29 jul 2020]. Disponível em [https://diretrizes.amb.org.br/\\_BibliotecaAntiga/terapia\\_nutricional\\_na\\_oncologia.pdf](https://diretrizes.amb.org.br/_BibliotecaAntiga/terapia_nutricional_na_oncologia.pdf).
5. Horie LM, et al. Diretriz BRASPEN de terapia nutricional no paciente com câncer. BRASPEN J. 2019;34(Supl 1):2-32.



CAPÍTULO 4

# AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

## 7. Avaliação nutricional

Quadro 71. Relação de medidas antropométricas utilizadas nos Ambulatórios de Nutrição do HC/UFG.

Ambulatórios	1ª Consulta	Retornos
Nutrição e Doenças Cardiovasculares (LHA)	Peso; Altura; CB; CP <sup>b</sup> ; CC; Força do aperto de mão; Bioimpedância; Ultrassom (abdômem e coxa);	Peso; Altura; CB; CP <sup>b</sup> ; CC; Força do aperto de mão; A cada 3 meses: Bioimpedância; Ultrassom (abdômem e coxa);
Nutrição em Mastologia (Cora)	Peso; Altura; CB; CP <sup>b</sup> ; CC; ASG-PPP <sup>a</sup> ; Força do aperto de mão; Bioimpedância;	Peso; Altura; CB; CP <sup>b</sup> ; CC; Força do aperto de mão; Bioimpedância (3/3meses);
Nutrição e Terapia Nutricional	Peso; Altura; CB; CP <sup>b</sup> ; CC; Força do aperto de mão; DCT;	Peso; Altura; CB; CP <sup>b</sup> ; CC; Força do aperto de mão; DCT;
Nutrição e Emagrecimento Adulto	Peso; Altura;	Peso; Altura;
Nutrição na Gestação e Lactação	Peso; Altura;	Peso; Altura;

Nutrição Geral	Peso; Altura; CB; CP <sup>b</sup> ; Força do aperto de mão;	Peso; Altura; CB; CP <sup>b</sup> ; Força do aperto de mão; DCT;
Nutrição e Cirurgia Bariátrica	Peso; Altura;	Peso; Altura;
Nutrição e Oncologia	Peso; Altura; CB; CP <sup>b</sup> ; ASG-PPP <sup>a</sup> ; Força do aperto de mão;	Peso; Altura; CB; CP <sup>b</sup> ; Força do aperto de mão;
Nutrição em Nefrologia	Peso; Altura; CB; CP; CC; CQ; Força do aperto de mão;	Peso; Altura; CB; CP; CC; CQ; Força do aperto de mão;
Nutrição em Pediatria	Peso Estatura; Curvas de crescimento;	Peso Estatura; Curvas de crescimento;

**Legenda:** <sup>a</sup>: ASG-PPP deverá ser realizada em todos os pacientes oncológicos e onco-hematológicos durante a primeira consulta.

<sup>b</sup>: CP deverá ser aplicado aos pacientes idosos. \* Para pacientes que não deambulam, considerar peso e altura estimados pela AJ e PCT.

Fonte: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10.

## Referências

1. Sociedade Brasileira Nutrição Enteral e Parenteral. Diretriz Braspen de terapia nutricional no paciente com câncer. Rev BRASPEN J 2019; 34 (Supl 1): 2-32.
2. Sociedade Brasileira Nutrição Enteral e Parenteral. Diretriz Braspen de terapia nutricional no envelhecimento. Rev BRASPEN J 2019; 34 (Supl 3): 2-58.
3. Sociedade Brasileira Nutrição Enteral e Parenteral. Diretriz Braspen de terapia nutricional no paciente com doença renal. Rev BRASPEN J 2021; 36 (2º Supl 2): 2-22.
4. Gonçalves et al. Diretriz Braspen de terapia nutricional no envelhecimento. Braspen Journal. 2019; (supl 3). 68 p.
5. Chumlea WC; Roche AF; Steinbaugh ML. Estimating stature from knee height for persons 60 to 90 years age. Journal of American Geriatric Society, v. 33, n. 2, p. 116-120, 1985.
6. Chumlea WA; Roche AF; Mukherjee D. Nutritional assessment of the elderly through anthropometry. Columbus: Ross Laboratories. 1987.
7. Chumlea, W. C.; Guo, S. S.; Steinbaugh, M. L. Prediction of stature from knee height for black and white adults and children with application to mobility impaired or handicapped persons. Journal of American Dietetic Association, v. 94, p. 1385-1388, 1994.
8. Lohman TG; Roche AF; Martorell R. Anthropometric standardization reference manual. Human Kinetics: Champaign, 1988.
9. WHO - World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Technical Report Series, Geneva, 1995. 452 p.
10. Accioly E; Saunders C; Lacerda EMA. Nutrição em obstetria e pediatria. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.



CAPÍTULO 5

**MANUAIS E ORIENTAÇÕES  
NUTRICIONAIS**

## 8. Manuais

Abaixo consta a relação dos manuais desenvolvidos pela equipe de nutrição clínica do HC-UFG/EBSERH, para disponibilização ao paciente, podendo ser acessadas clicando diretamente nos itens abaixo:

- 8.1. Aleitamento Materno
- 8.2. Alimentação e Estilo de Vida Saudável
- 8.3. Alimentação Pós-COVID 19
- 8.4. Alimentação Vegetariana
- 8.5. Cirurgia Bariátrica
- 8.6. Controle da Diabetes
- 8.7. Disfagia
- 8.8. Doenças Cardiovasculares
- 8.9. Doença Celíaca
- 8.10. Doença Renal Tratamento Dialítico
- 8.11. Doença Renal Tratamento Dialítico e Diabetes
- 8.12. Doença Renal Tratamento Conservador
- 8.13. Doença Renal Tratamento Conservador e Diabetes
- 8.14. Introdução Alimentar
- 8.15. Mieloma Múltiplo
- 8.16. Nutrição Enteral
- 8.17. Ostomizados
- 8.18. Pós-Gastrectomia
- 8.19. Quimioterapia

## **9. Orientações nutricionais**

As orientações nutricionais desenvolvidas pela equipe de nutrição clínica HC-UFG/EBSERH, para disponibilização ao paciente, podem ser acessadas clicando diretamente nos itens abaixo.

- 9.1. **Ácido Úrico**
- 9.2. **Alergia a Proteína do Leite de Vaca**
- 9.3. **Alimentos Antioxidantes**
- 9.4. **Alimentos Fontes de Cálcio**
- 9.5. **Alimentos Fontes de Potássio**
- 9.6. **Anemia Falciforme**
- 9.7. **Anemia Ferropriva**
- 9.8. **Anticoagulados**
- 9.9. **Boas Práticas**
- 9.10. **Cálculo renal**
- 9.11. **Comportamental**
- 9.12. **Diarreia**
- 9.13. **Disbiose**
- 9.14. **Doença de Crohn**
- 9.15. **Doença Diverticular**
- 9.16. **Doenças Hepáticas**
- 9.17. **Fibrose Cística**

- 9.18. Glicogenose
- 9.19. Hemocromatose
- 9.20. Intolerância a Frutose
- 9.21. Intolerância a Lactose
- 9.22. Lupus Eritematoso Sistêmico
- 9.23. Obstipação Intestinal
- 9.24. Refluxo Gastroesofágico
- 9.25. Retocolite Ulcerativa
- 9.26. Síndrome do Intestino Curto
- 9.27. Síndrome Nefrótica
- 9.28. Úlcera e Gastrite



CAPÍTULO 6

# RECETAS

## 10. Técnicas culinárias, receitas e dicas

Com o objetivo de auxiliar o paciente na adesão às orientações nutricionais, tornando sua alimentação variada, saborosa e adequada à sua condição de saúde, foram desenvolvidos por nutricionistas do HC-UFG/EBSERH e-books com receitas, dicas e técnicas culinárias. De forma inovadora, além de receitas para café da manhã, lanche, almoço e jantar, cada arquivo tem um capítulo com as técnicas e dicas culinárias para cada restrição alimentar. Assim, o paciente é encorajado a criar suas receitas, conforme suas preferências e disponibilidades.

Abaixo consta a relação dos e-books idealizados pela equipe técnica de nutrição do HC-UFG/EBSERH, para disponibilização ao paciente, podendo ser acessadas clicando diretamente nos itens abaixo:

- 10.1. Culinária e Alergia à Proteína do Leite de Vaca
- 10.2. Culinária e Alimentação Saudável
- 10.3. Culinária e Alimentação Vegetariana e Vegana
- 10.4. Culinária e Alteração do Paladar
- 10.5. Culinária e Anemia
- 10.6. Culinária e Pós-Operatório de Cirurgia Bariátrica (1ª e 2ª Semanas)
- 10.7. Culinária e Pós-Operatório de Cirurgia Bariátrica (3ª Semana)
- 10.8. Culinária e Pós-Operatório de Cirurgia Bariátrica (4ª e 5ª Semanas)
- 10.9. Culinária e Pós-Operatório de Cirurgia Bariátrica (6ª Semana)
- 10.10. Culinária e Pós-Operatório de Cirurgia Bariátrica (Após 2 Meses)
- 10.11. Culinária e Alimentação Saudável da Criança de 6 Meses a 2 Anos
- 10.12. Culinária e Alimentação Saudável da Criança Acima de 2 Anos

- 10.13. Culinária e Diabetes
- 10.14. Culinária e Diarreia
- 10.15. Culinária e Disfagia
- 10.16. Culinária e Doença Celíaca
- 10.17. Culinária e Doenças Cardiovasculares
- 10.18. Culinária, Doença de Crohn e Síndrome do Intestino Irritável
- 10.19. Culinária e Doenças Hepáticas
- 10.20. Culinária e Doença Renal
- 10.21. Culinária na Gestação e Lactação
- 10.22. Culinária e Intestino Preso
- 10.23. Culinária e Intolerância à Frutose
- 10.24. Culinária e Intolerância à Lactose
- 10.25. Culinária, Mucosite e Odínofagia
- 10.26. Culinária, Perda de Apetite e Náuseas
- 10.27. Culinária, Refluxo, Gastrite e Úlcera



**ANEXOS**

ANEXO 1 – Ficha de encaminhamento para interconsulta.



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS**

**HOSPITAL DAS CLÍNICAS**

*Ficha de Encaminhamento para **Interconsulta***

Especialidade de Origem: \_\_\_\_\_ N° Prontuário: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Encaminhamento ao Serviço de: \_\_\_\_\_

Justificativa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assinatura e carimbo do médico

Do Acolhimento ao Samis: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Serviço social do st. De acolhimento

Observação: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Samis

ANEXO 2 - Registro alimentar diário - Abordagem comportamental  
(Adaptado de: Alvarenga et al. Nutrição Comportamental. 2 ed. Barueri: Manole, 2019. 596 p.)

## REGISTRO DIÁRIO

Objetivo: Elucidar os pensamentos e comportamentos alimentares.

Colocando em prática:

1. Explique para o paciente que o registro alimentar é uma estratégia de auto monitoramento, por meio da qual o mesmo irá registrar ao longo do dia quais alimentos consumiu e suas respectivas quantidades. Incluindo horário, local, duração da refeição e se essa foi ou não planejada. A pessoa também deve registrar se estava acompanhada ou não, como percebeu sua sensação de fome e saciedade (antes e depois da refeição) e o que estava pensando/sentindo.
2. Enfatize que não pretende julgar a alimentação, e sim entendê-la, por isso quanto mais completa e detalhada o diário estiver, melhor.
3. Entregue o diário que está disponível abaixo.
4. Proponha que o indivíduo traga o registro alimentar preenchido na próxima consulta e o oriente a preenche-lo em 2 dias da semana e 1 dia do final de semana, durante o mês. Seria interessante que neste primeiro momento, a pessoa preencha apenas a coluna de alimento/quantidade, horário/duração e se foi planejada ou não. As demais colunas deverão ser acrescentadas quando ele estiver familiarizado com os instrumentos.



**ANEXO 3- Diagrama de círculos- Abordagem comportamental**

(Adaptado de: Alvarenga et al. Nutrição Comportamental. 2 ed. Barueri: Manole, 2019. 596 p.)

**DIAGRAMA DE CÍRCULOS**

Objetivo: Definir metas na entrevista motivacional.

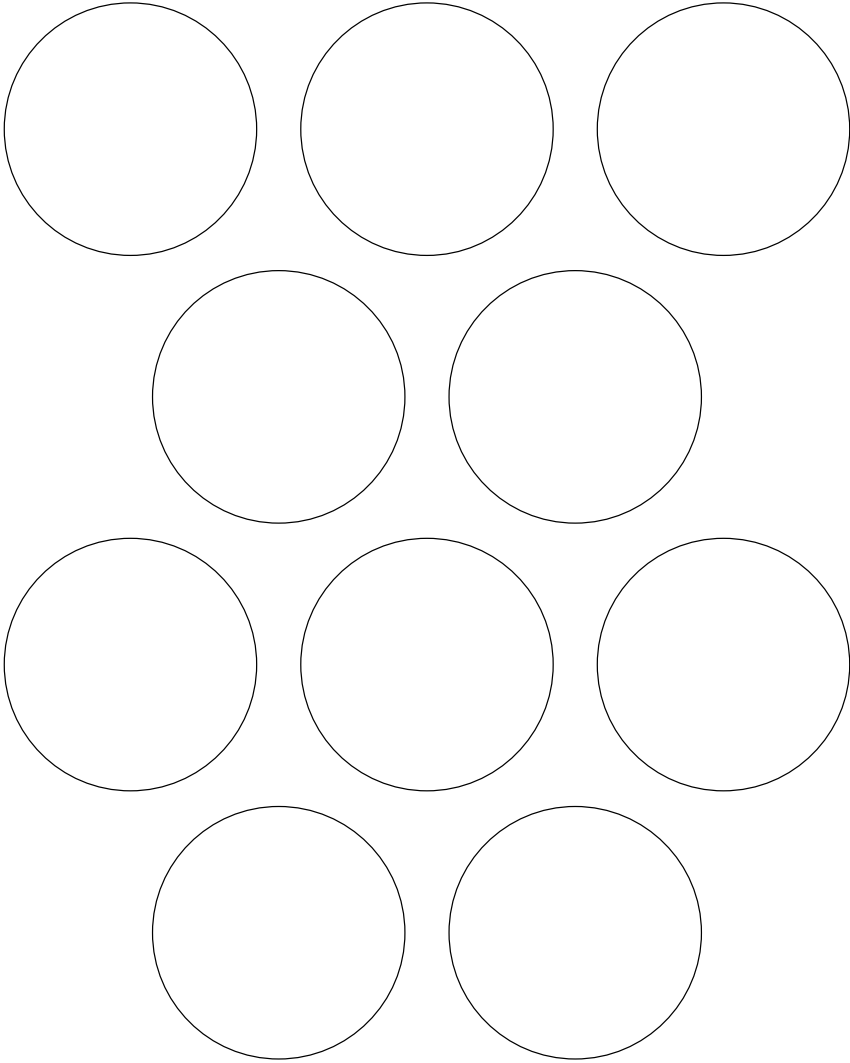
Colocando em prática:

1. Preencha os círculos (escrita ou carimbo) com metas de forma conjunta com o paciente;
2. Os círculos não precisam ser todos preenchidos, alguns podem ficar vazios para posteriormente se anotar novas metas;
3. Oriente a pessoa a escolher uma meta que acredite ser viável para começar.

### Diagrama de círculos

Paciente: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_



ANEXO 4 – Entendendo a fome física – Abordagem comportamental  
(Adaptado de: Alvarenga et al. Nutrição Comportamental. 2 ed. Barueri: Manole, 2019. 596 p.)

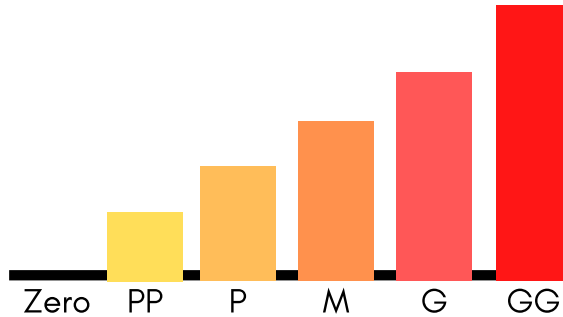
FOME → QUANDO devemos comer  
SACIEDADE → QUANTIDADE que precisamos comer

### Como perceber a fome:

- Estômago: sensações de ronco, barriga vazia, barulhos, leve dor/queimação;
- Garganta: leve queimação ou dor;
- Cabeça: pensamentos confusos, dor, dificuldade de concentrar, aumento de pensamentos sobre comida;
- Humor: irritação, maior facilidade de se estressar com as pessoas ou situações;
- Energia: diminuição da energia, sonolência.

## ENTENDENDO A FOME FÍSICA

Estou com fome? Quanta fome?



Zero: sem fome, acabei de comer;

PP: passou pouco tempo desde a última refeição, pode esperar;

P: começo a ficar com fome e pensar sobre comida. Fome tolerável;

M: com fome, apresento sinais físicos. Momento ideal para comer;

G: muita fome! Já estou desconfortável!






GG: extremamente faminto, com dor! Fome de leão!

ANEXO 5 – Entendendo a saciedade – Abordagem comportamental  
(Adaptado de: Alvarenga et al. Nutrição Comportamental. 2 ed. Barueri: Manole, 2019. 596 p.)

## ENTENDENDO A SACIEDADE

O quanto estou saciado(a)?



-  Comecei a comer e ainda comi pouco, ainda estou com fome;
-  Já comi uma quantidade boa, mas ainda sinto um pouco de fome;
-  Comi o suficiente e me sinto confortável;
-  Parece que comi a mais. Me sinto desconfortável;
-  Exagerei muito, estou extremamente desconfortável, preciso ficar em pé ou "abrir o botão da calça".

## ANEXO 6 – Tempo de saciedade – Abordagem comportamental

(Adaptado de: Alvarenga et al. Nutrição Comportamental. 2 ed. Barueri: Manole, 2019. 596 p.)

Objetivo: Estimular o indivíduo a perceber o tempo de saciedade de tipos de refeições diferentes e a aprender reconhecer melhor suas necessidades.

Colocando em prática:

1. Explique que um componente da saciedade após se alimentar é por quanto tempo ela se sustentará até ficar com fome novamente (sustentabilidade). Reforçar que a satisfação não tem haver apenas com estar feliz com o que comeu, mais com o quanto a comida sustenta;
2. Orientá-lo a refletir sobre:
  - "Como quero me sentir fisicamente após essa refeição?"
  - "Por quanto tempo quero que essa refeição me sustente?"
  - "Quando foi a última vez que comi?"
3. A partir dessa última pergunta, perguntar se o indivíduo está com fome, e explicar que muitas pessoas fazem as suas refeições sempre nos mesmo horários e não consideram estar com fome mesmo que ainda não seja a hora que ela determinou para comer, ou ainda não estar com fome quando chegar a hora determinada;
  - \*\* É importante ressaltar que normalmente as pessoas sentem fome entre 3 e 5 horas após uma refeição, e que a quantidade de comida necessária para atendê-la dependerá do que comeu na refeição anterior.
4. Entregue o quadro disponível abaixo e oriente-o a experimentar uma opção por semana, e se possível realizar uma outra opção (que será criada por ele) de sua escolha, em qualquer semana.
5. Sugere-se que o indivíduo escolha uma ou duas sugestões do quadro, para perceber a diferença entre saciedade e sustentabilidade, dando uma nota para a duração da saciedade após a refeição (deve-se perguntar: "Quanto tempo demorou para eu sentir fome de novo?").

Tempo de permanência da saciedade		
Opção	Opções para experimentar	Duração da sustentabilidade (horas)
1	Vitamina de leite com frutas vs. Leite com achocolatado	0,5/ 1/ 2/ 2,5/ 3/ 3,5/ 4/ 4,5/ 5/ 5,5
2	Suco e pão francês com manteiga vs. Café com leite e pão francês com manteiga	0,5/ 1/ 2/ 2,5/ 3/ 3,5/ 4/ 4,5/ 5/ 5,5
3	Arroz, feijão, carne e couve vs. Macarrão à bolonhesa	0,5/ 1/ 2/ 2,5/ 3/ 3,5/ 4/ 4,5/ 5/ 5,5
4	logurte natural com aveia vs. fruta	0,5/ 1/ 2/ 2,5/ 3/ 3,5/ 4/ 4,5/ 5/ 5,5

## ANEXO 7 – Monitoramento do tempo sedentário – Abordagem comportamental

O objetivo desse exercício é ajudar o paciente a monitorar e depois refletir com o Terapeuta Nutricional (TN) sobre o tempo gasto a cada dia nas atividades mais sedentárias. Para isso, o TN deve entregar o quadro abaixo (esse quadro pode ser adaptado de acordo com a realidade de cada paciente).

Depois de completar a tabela por 1 semana, é interessante somar as horas gastas nessas atividades e refletir com o paciente sobre algumas medidas que ele pode tomar no seu dia a dia para ser mais ativo e se sentir melhor com seu corpo.

Essa atividade pode ajudar o paciente a mudar alguns hábitos e comportamentos que sejam viáveis em sua rotina, e sustentáveis (como ir à farmácia a pé, e não de carro), uma vez que para pessoas que não gostam ou não estão motivadas à prática de atividade física, a prescrição de uma prática formal (como fazer academia) pode se tornar um fator de insatisfação e frustração.

SITUAÇÕES	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO	DOMINGO
Dirigindo, sentado no carro ou bicicleta, ônibus, avião, etc.							
Sentado no trabalho ou escola							
Assistindo TV ou cinema							
Internet e redes sociais							
Videogame							
Leitura							
Relaxando deitado ou sentado							
Dormindo							
TOTAL DE HORAS:							

## ANEXO 8 – Grupos alimentares

## Grupos Alimentares

### Cereais

Arroz, milho, trigo (pães, macarrão), aveia, centeio



### Raízes e tubérculos

Batata inglesa, batata-doce, mandioca, mandioquinha, cará, inhame



### Frutas

Laranja, maçã, melancia, mamão, banana, manga



### Vegetais

Alface, tomate, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha



### Leguminosas

Feijão, ervilha, lentilha, grão-de-bico



### Nozes e castanhas

Castanha de cajú, castanha do Pará, castanha de baru, amendoim, nozes



## **Carnes e ovos**

**Carne bovina, porco, frango, peixe, ovos**



## **Leite e derivados**

**Leite de vaca, queijo, iogurte natural, coalhada**



Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

## FOME FÍSICA

Sinto meu estômago roncar e tenho vontade de comer.

Mas essa vontade não é específica, posso comer qualquer coisa que tenho disponível e que eu goste. Eu como até a fome passar e fico satisfeito.

**O que fazer: comer!**

## VONTADE GENUÍNA OU FOME EMOCIONAL FUNCIONAL

É quando tenho vontade de comer um alimento específico, que é gostoso, que me traz boas lembranças e sentimentos.

Não é uma vontade urgente.

Ex: bolo da avó ou uma comida específica que você gosta.

**O que fazer: se planejar para comer.**

## VONTADE URGENTE OU FOME EMOCIONAL DISFUNCIONAL

É uma vontade urgente de comer uma coisa muito gostosa, mas não sei bem o que. Eu como de forma impulsiva e em grandes quantidades.

Essa vontade está ligada a aliviar alguma emoção que estou sentindo

**O que fazer: tente usar outras coisas para aliviar o sentimento sem ser a comida.**

## VONTADE SOCIAL

É quando estou em uma situação social e tenho vontade de comer o que está ali. Ex: brigadeiro de festinha de criança ou pipoca de cinema.

**O que fazer: se perguntar: posso comer se eu quiser, mas será que eu quero mesmo? Se sim, qual quantidade me deixará satisfeito?**

## ANEXO 10 – Identificando sentimentos – Abordagem comportamental

(Adaptado de: Alvarenga et al. Nutrição Comportamental. 2 ed. Barueri: Manole, 2019. 596 p.)

Objetivo: Ajudar o indivíduo a estar mais consciente dos seus comportamentos e necessidades, para criar as condições de mudança.

Colocando em prática:

1. Explicar conceitos de comer inconsciente e comer emocional, e dizer que essa atividade poderá ajudá-lo a criar consciência no seu comportamento e possivelmente mudá-lo;
2. Pedir para o paciente se perguntar toda vez antes de comer: "Estou com fome?"  
Se a resposta for NÃO, e o paciente estiver considerando comer, o mesmo deve usar a **lista 1** de sentimentos que será entregue na consulta, e se perguntar: "O que eu estou sentindo?";
3. Depois de identificar o sentimento, oriente o indivíduo a se perguntar: "O que eu preciso agora?," usar a lista 2 de situações disponíveis na pasta do ambulatório, caso ele não consiga identificar o que precisa.

<b>Identificando Sentimentos e Necessidades</b>						
LISTA 1 - Lista de sentimentos						
Temeroso	Bravo	Triste	Alegre	Aborrecido	Surpreso	Envergonhado
Irritado	Exasperado	Desamado	Entretido	Horrorizado	Admirado	Desonrado
Assustado	Hostil	Fúnebre	Encantado	Ignorado	Maravilhado	Constrangido
Nervoso	Irritado	Pesaroso	Gratificado	Desprezado	Pasmo	Culpado
Amedrontado	Com muita raiva	Sem esperança	Feliz	Indignado	Embasbacado	Humilhado
Cauteloso	Ressentido	Solitário	Satisfeito	Rejeitado	Chocado	Mortificado
Preocupado	Vingativo	Tristeza (Com dor)	Leve	Revoltado	Perplexo	Com remorso

## Identificando Sentimentos e Necessidades

### LISTA 2 - Lista de situações

Distração	Apoio	Lidar diretamente com o sentimento	Autocuidado
Mudar de ambiente	Ligar para um amigo	Escrever um diário	Colocar limites
Assistir a um filme de comédia	Escrever um e-mail para um amigo	Ouvir música que "combina" com os sentimentos	Respeitar sua vulnerabilidade
Usar a internet	Mandar mensagem/ WhatsApp para um amigo	Escrever uma carta	Passar um tempo sozinho
Ouvir música	Falar com a família	Reformular os pensamentos que estão provocando o sentimento. Tem alguma outra maneira de ver essa situação?	Descansar/dormir
Sair com amigos	Conversar num chat online (seguro!)	"Ficar" com os sentimentos por 10 minutos	Desligar o computador e o telefone
Ler um livro ou ir a uma livraria	Falar com mentor espiritual – padre, rabino, pastor	Falar com o terapeuta	Escrever no diário
Brincar com seu bicho de estimação	Falar com o terapeuta	Falar com alguém com quem possa "desabafar"	Fazer alguma coisa que goste muito e/ou que o faça se sentir melhor (se arrumar, dançar, massagem etc.)

## ANEXO 11 - Meditação do chocolate - Abordagem comportamental

(Adaptado de: Alvarenga et al. Nutrição Comportamental. 2 ed. Barueri: Manole, 2019. 596 p.)

Objetivo: Ensinar o paciente a comer com atenção plena alimentos que trazem à tona emoções conflitantes, ressignificando-os.

Colocando em prática:

1. Pedir na consulta anterior, que o paciente traga para a próxima consulta um alimento embrulhado, que trazem emoções conflitantes para ele, como prazer e medo, satisfação e culpa.
2. Explique ao paciente que essa atividade é um exercício para aprender a comer sem culpa e medo.
3. Para iniciar a atividade colocar uma música suave e seguir o roteiro abaixo:

"Pedir ao paciente que pegue o alimento embrulhado e coloque-se em uma posição confortável; respire fundo três vezes. Comprometa-se a usar todos os sentidos nesse exercício. Comece a desembulhar o alimento lentamente, prestando atenção ao barulho que faz o papel. Observe a cor, o formato e a textura do alimento (pausa). Leve o alimento ao seu nariz e respire profundamente algumas vezes. Perceba quais sensações se despertam quando o cheiro entra por suas narinas (pausa). Dê uma pequena mordida no alimento e deixe-o por alguns momentos em sua língua. Não mastigue direto. Pense em algumas características que possam descrever o sabor do alimento neste momento: suave, rico, amargo, doce...

Perceba também os sentimentos, as sensações e as memórias que possam surgir. Mesmo que sejam sentimentos negativos (como culpa, por exemplo), não tente mandá-los embora, apenas esteja presente neste momento. Agora, mastigue o alimento e perceba o som da sua mandíbula quebrando o alimento em pequenos pedaços. É crocante? Macio? Perceba agora a sensação do alimento em sua garganta, enquanto você o engole. (Repita essa experiência com o restante do alimento " enquanto fica em silêncio). Ao terminar de comer o alimento, faça mais três respirações e abra os olhos."

4. Após o exercício, faça uma reflexão
  - Você ficou surpreso com a intensidade de prazer que se pode obter com uma pequena quantidade desse alimento?;
  - Comendo dessa forma, o alimento teve para você o gosto que sempre teve?
  - Gostaria de mudar a maneira como você come um chocolate?"

## ANEXO 12 – Meditação da uva passa – Abordagem comportamental

(Adaptado de: Alvarenga et al. Nutrição Comportamental. 2 ed. Barueri: Manole, 2019. 596 p.)

Objetivo: Ensinar o paciente a comer com atenção plena.

Colocando em prática:

1. Explicar que a atividade é um exercício clássico para aprender a comer com atenção plena.

Observação: Caso o paciente relate não gostar de uva passas relate que não é necessário gostar delas, porém se o mesmo apresentar muita aversão podem ser utilizados damasco ou tâmara.

2. Para iniciar, oferecer 4 unidades de uva passa, colocar uma música suave e iniciar o seguinte roteiro:

"Primeiramente, feche os olhos e respire fundo duas ou três vezes. Se estiver desconfortável em fechar os olhos, pode mantê-los semiabertos, fixando seu olhar no chão, em frente a você (pausa), atento a sua respiração, inspirando e expirando, o ar mais frio entrando em seu nariz, e o ar mais quente saindo (permitir que o indivíduo respire fundo de 5-6 vezes). Agora, abra seus olhos, pegue uma uva passa e olhe para ela como se nunca tivesse visto uma uva passa antes (pausa), examine as cores, a textura na mão, as dobras (pausa). Agora, fechando novamente seus olhos, respire fundo, relaxe (pausa). Com os olhos fechados, sinta o cheiro da uva passa, sinta a textura da uva passa nos lábios (pausa), preste atenção aos pensamentos ou sentimentos que afloram a respeito de uva passa ou outro alimento em geral (pausa). Note pensamentos a respeito de gostar ou não de uva passa (pausa). Agora, coloque a uva passa na boca, mas não a mastigue ainda. Note como é a sensação dela dentro da boca. Mova a passa dentro da boca e sinta as sensações (pausa), agora, comece a mastigá-la devagar (pausa). Note como é experimentar o sabor de uma única uva-passa (pausa), note se o sabor muda conforme você a mastiga (pausa), em que lugar da boca você a está mastigando? (pausa). Note, novamente, qualquer pensamento ou sentimento relacionados a comer uvas-passas (pausa). Quando estiver pronto para engolir, note a experiência (pausa), depois de engolir a uva-passa, ainda há qualquer sabor ou sensação? Esteja atento a reações em seu corpo, sua boca (pausa), esteja atento para o fato de que seu corpo incorporou o peso e a energia de somente uma uva-passa (pausa). Abra lentamente os olhos e pegue agora a segunda uva-passa (pausa). Novamente, examine-a, sinta seu cheiro... algu-

ma coisa mudou? (pausa). Feche os olhos, perceba qualquer pensamento ou sentimento que surgir (pausa). Coloque-a na boca (pausa), de novo, sinta a experiência da uva-passa em sua boca - o sabor, a textura (pausa). Comece a mastigar (pausa), observe as semelhanças e diferenças em relação à primeira uva-passa (pausa). Esteja atento às experiências de prazer, de satisfação (pausa). Quando estiver pronto para engolir, engula, notando qual é o ponto em que não pode mais sentir a uva-passa descendo por sua garganta (pausa). Abra seus olhos e pegue agora sua terceira uva-passa (pausa). Examine essa uva passa (pausa), sinta seu cheiro (pausa), feche novamente seus olhos e coloque a uva-passa na boca (pausa longa para permitir que termine a experiência com essa uva, até engolir). Engolindo essa terceira uva, quais são suas sensações? (pausa). Agora, abra novamente seus olhos e pegue a quarta uva-passa (pausa). Você pode escolher comê-la ou não (pausa). Preste atenção em como você toma esta decisão (pausa), se você decidiu comê-la, novamente pratique a experiência de comer esta passa com atenção (pausa), se não, simplesmente esteja atento a sua respiração, seus pensamentos, seus sentimentos, as sensações na boca ou em outras partes do corpo (pausa). Esteja você comendo ou não a quarta uva-passa, pense sobre o que você sabe sobre uvas-passas (pausa), como ela é plantada, processada, transportada até você (pausa). Pense em todas as pessoas envolvidas nesse processo (permita agora um tempo longo para que o indivíduo acabe de comer a quarta uva passa. Agora, trazendo a atenção gentilmente de volta a sua respiração, faça duas ou três inspirações e expiração profunda (pausa), quando estiver pronto, gentilmente abra seus olhos."

3. Após o exercício, faça uma reflexão:

"- Quais as semelhanças e diferenças de se comer uva passas dessa maneira em comparação com sua experiência usual de se comer uva passa?

- Que tipo de pensamento e sentimentos surgiram?

- Como essa experiência pode ajudá-lo a comer de forma mais experiente?"

## Anexo 13 – Maneiras de amar seu corpo – Abordagem comportamental

(Adaptado de: Alvarenga et al. Nutrição Comportamental. 2 ed. Barueri: Manole, 2019. 596 p.)

Objetivo: Incentivar paciente a perceber seu corpo com amor e compaixão, sem evidenciar suas insatisfações.

Colocando em prática:

1. Convide o paciente, no final da consulta para sortear um papel. Explique que essa frase deverá ser lida durante toda a semana como forma de motivação para amar seu corpo.
2. As 24 frases de maneiras de amar seu corpo devem ser impressas em folhas coloridas.
3. As frases deverão ser colocadas em um pote para serem sorteadas nas consultas.

Nascemos amando nossos corpos. Quando somos crianças não nos preocupamos se o nosso corpo é gordo. Imagine amar dessa forma seu próprio corpo.

Seja consciente do que o seu corpo faz todos os dias. Ele é um instrumento de sua vida e não um ornamento de prazer para os outros.

Faça uma lista das pessoas que você admira que contribuem na sua comunidade, no mundo. Quanto a aparência delas importa para seu sucesso e sua realização?

Considere seu corpo a sua fonte de prazer. Pense em todos os modos que ele faz você se sentir bem.

Curta seu corpo: Estique-se, dance, caminhe, cante, tome um banho relaxante, faça massagem, faça as unhas...

Escreva frases em seu espelho: “Eu sou bonita por dentro e por fora”.

Afirme-se que o seu corpo é perfeito justamente do modo como ele é.

Caminhe de cabeça erguida, com orgulho e confiança em você mesmo como pessoa e não como objeto.

Não deixe seu corpo mantê-lo afastado das coisas que você gosta.

Lembre-se: Seu corpo não é uma democracia você é o único que pode votar.

Conte suas vitórias e não suas falhas.

Reponha o tempo que gasta criticando aparência com atividades positivas e satisfatórias.

Seja o especialista do seu corpo - conteste as revistas de moda, a indústria de cosméticos e as tabelas de peso ideal.

Deixe brilhar sua individualidade e beleza inatas.

Seja o aliado e o advogado seu corpo e não seu inimigo.

Toda manhã, ao se levantar, agradeça seu corpo por ter descansado e rejuvenescido para que você possa aproveitar mais um dia.

Toda noite, quando for dormir, agradeça seu corpo por ter aproveitado mais um dia.

Encontre um tipo de exercício que lhe dê prazer e faça-o regularmente, não para perder peso, mas para sentir-se bem.

Olhe para as fotos de família. Encontre a beleza, o amor e os valores de cada rosto e corpo. Guarde isso perto do seu coração.

Se você tivesse apenas um ano para viver, quão importante seria sua imagem corporal?

Faça uma lista de seu guarda roupa. Você usa roupas para esconder seu corpo ou estar na moda? Mantenha apenas as roupas que dão a você uma sensação de prazer, confiança e conforto.

Beleza não é superficial. Ela reflete o todo. Ame e curta a pessoa que você é por dentro.

"O mundo é uma caixinha de surpresas. Seja sua melhor versão todos os dias."

É essencial saber parar, respirar e se cuidar. Você é importante!

## ANEXO 14 – Meu corpo é meu templo – Abordagem comportamental

(Adaptado de: Alvarenga et al. Nutrição Comportamental. 2 ed. Barueri: Manole, 2019. 596 p.)

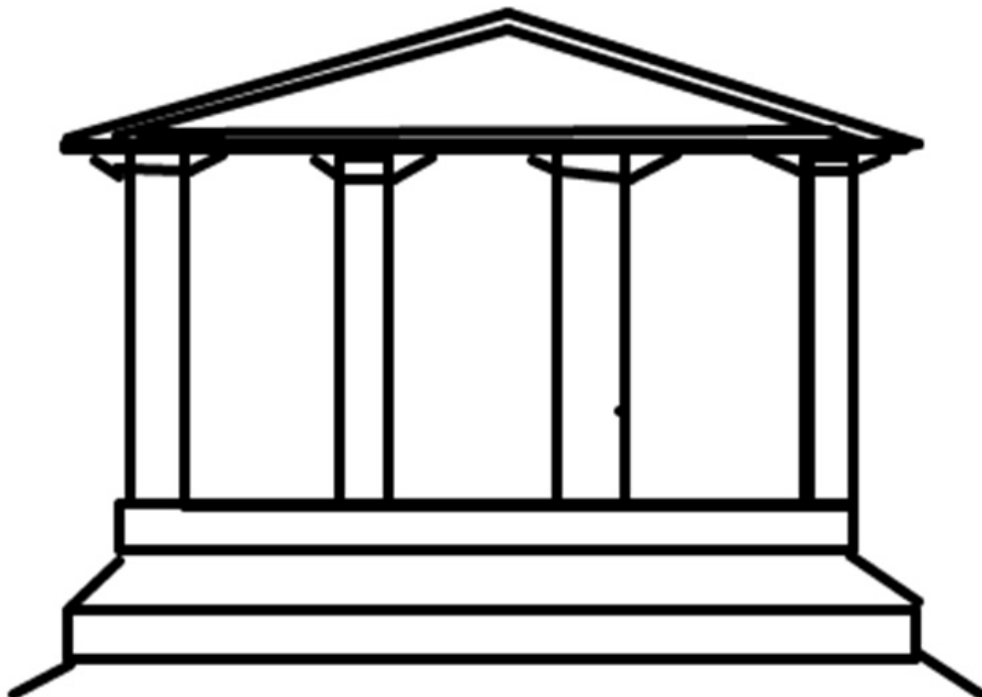
Objetivo: Incentivar o paciente a perceber seu corpo com amor e identificar diferentes atividades que se pode fazer com ele.

Colocando em prática:

1. Peça aos pacientes para refletir sobre a seguinte pergunta:  
"Quais atividades você consegue fazer com seu corpo?"
2. Após a reflexão, convide os pacientes a escrever ou carimbar em post it as atividades que pensou;
3. Cada participante deverá pregar o seu post it em uma cartolina com o título: Mural: meu corpo é meu templo, nesta cartolina será necessário desenhar o templo abaixo para que os participantes coloquem seu post it dentro, e após colocar o post it o indivíduo deverá falar as atividades que pensou;
4. Após essa etapa, refletir sobre a quantidade de atividades que o corpo pode fazer, focando nas questões funcionais e não estéticas. Refletir que independente do estereótipo, nós podemos realizar qualquer tipo de atividade, o corpo é muito mais que apenas aparência e precisamos valorizá-lo.

Modelo da cartolina:

MURAL: MEU CORPO É MEU TEMPLO



## ANEXO 15 – Mudando pensamentos – Abordagem comportamental

(Adaptado de: Alvarenga et al. Nutrição Comportamental. 2 ed. Barueri: Manole, 2019. 596 p.)

Objetivo: Identificar o pensamento automático, determinar vantagens e desvantagens de mudá-lo e buscar alternativa para resolvê-los.

Colocando em prática:

1. Peça para que em casa, o paciente registre os pensamentos negativos e busque em qual categoria de pensamentos automáticos ele se enquadra. Em seguida, o paciente deve escrever um pensamento alternativo para cada pensamento automático.
2. Na próxima consulta, após o indivíduo identificar os pensamentos, ajude-o a avaliar sua motivação para mudá-lo, avaliando as consequências (positivas e negativas) de manter determinados pensamentos. Quando ficarem claras ele pode decidir se irá mantê-lo ou substituir por outro. Questione-o:
  - O que mudaria se acreditasse menos nesse pensamento?
  - E se acreditasse mais?
  - Existe mais vantagens e desvantagens de mudá-lo?"
3. Caso o paciente escolha mudar o pensamento, busque alternativas para resolver o problema e melhorar a situação.
4. Quando encontrar repetição de determinada categoria de pensamento automático, pode trabalhar com o indivíduo, para despontencializar tal pensamento.
5. Entregue o quadro abaixo.

Mudando pensamentos				
Pensamento automático	Categoria do pensamento	Pensamento alternativo	Motivação para mudança	Possíveis maneiras de resolver o problema
			Consequências positivas:	
			Consequências negativas:	
			Consequências positivas:	
			Consequências negativas:	
			Consequências positivas:	
			Consequências negativas:	

ANEXO 16 – O extraordinário corpo humano – Abordagem comportamental  
(Adaptado de: Alvarenga et al. Nutrição Comportamental. 2 ed. Barueri: Manole, 2019. 596 p.)

Objetivo: ajudar o paciente a identificar e valorizar o corpo em suas atividades voluntárias e involuntárias.

Colocando em prática:

1. Peça aos pacientes para refletir sobre a seguinte pergunta:  
"O que seu corpo está fazendo nesse momento? (Quais atividades?)
2. Após a reflexão, os participantes deverão explanar sobre o que pensaram. Em seguida o terapeuta nutricional deve utilizar um mural do corpo humano (disponível abaixo) e explicar algumas atividades voluntárias e involuntárias realizadas pelo nosso corpo.
3. Frases para direcionar a discussão:  
"Você sabia...  
Que seu corpo troca de pele a cada mês,  
Que seu cérebro está trabalhando muito neste momento para entender o que eu digo e coordenar as ações do restante do corpo?  
Que seu coração está bombeando sangue para manter todos os órgãos vivos?  
Que seu estômago refaz suas células a cada 5 dias?  
Que seu intestino está absorvendo água e nutrientes da sua refeição anterior?  
Que seu rim está filtrando todas as impurezas do seu corpo?  
Que seu fígado se renova a cada 6 semanas e seu esqueleto a cada 3 meses?  
Que seu corpo é extraordinário - respeite e aprecie isso.
4. Ao final, concluir a atividade reforçando a ideia de que o corpo tem inúmeras funções, que não a objetificação.

### ANEXO 17 – Dinâmica da caixa de surpresa - Abordagem comportamental

(Adaptado de: Alvarenga et al. Nutrição Comportamental. 2 ed. Barueri: Manole, 2019. 596 p.)

Objetivo: Fazer com que os participantes se descrevam, permitindo que os outros integrantes os conheçam, por meio da sua fala.

Materiais utilizados para confecção da caixa surpresa:

- Caixa de sapato;
- Papel camurça;
- Cola de EVA;
- Espelho.

Colocando em prática:

1. Enfeitar a caixa de sapato e colar o espelho na parte de dentro.
2. Informar aos participantes as regras da dinâmica:  
"A caixa terá várias fotos de pessoas importantes e vocês terão que falar alguma coisa sobre a imagem que estão vendo. Após falar, passe a caixa para a pessoa que estiver do seu lado".
3. Na verdade, o participante irá se ver no espelho, porém ele não poderá revelar o que está vendo.
4. O coordenador deverá ser o primeiro, para exemplificar a dinâmica.
5. No final da dinâmica o coordenador deverá explicar o objetivo da atividade.

ANEXO 18 – Por que dietas não funcionam – Abordagem comportamental  
(Adaptado de: Alvarenga et al. Nutrição Comportamental. 2 ed. Barueri: Manole, 2019. 596 p.)

Objetivo: Explicar os pontos negativos e positivos da realização da dieta.

Colocando em prática:

1. Pergunte ao grupo o que eles entendem por dieta. Após a resposta, explique o conceito.

"O termo dieta tem origens do grego, que descrevia todo um modo de vida e não regime. No dicionário, dieta é a ingestão habitual de alimentos sólidos ou líquidos, mais também: conjuntos de alimentos ou privação total ou parcial deles, regime. Para a Nutrição dieta é entendida como um padrão de alimentação, sendo modificações do padrão normal de dietas, seguindo as recomendações nutricionais vigentes para atender necessidades."

2. Depois pergunte: "Vocês acham que as dietas funcionam?" Dê um tempo para a resposta. Em seguida convide-os a dizer os pontos positivos e negativos de fazer dieta. Escreva-os no quadro.
3. Reforce os pontos negativos que foram demonstrados por grupos que estudam a nutrição comportamental, como:
  - Desregula as funções de fome, apetite e saciedade;
  - Causam ganho e reganho de peso (efeito sanfona);
  - Aumentam a susceptibilidade aos exageros e compulsões alimentares;
  - Concentram-se exclusivamente no indivíduo, desconsiderando os contextos que eles vivem;
  - Desrespeitam as escolhas alimentares;
  - Não apresentam seguimento por longos períodos;"
4. Ressalte que por esses motivos não usaremos a abordagem dietética, com o objetivo de incentivar as pessoas a comer de forma intuitiva e respeitar seus sinais internos.
5. Enfatize que essa abordagem não tem o objetivo de substituir ou desconsiderar a dietoterapia, principalmente em casos específicos como, por exemplo, dislipidemias, doenças cardiovasculares, renais e diabetes.

## ANEXO 19 - Gráficos para acompanhamento do ganho de peso em gestantes adultas

Os gráficos para acompanhamento do ganho de peso de gestantes adultas de baixo peso, eutróficas, com sobrepeso e obesidade, estão disponíveis em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderneta\\_gestante.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderneta_gestante.pdf)

## ANEXO 20 – Ficha de prescrição dietética

<b>PLANO ALIMENTAR:</b> <b>Kcal</b> <b>(Carboidratos:      %; Proteínas:      %; Lipídeos:      %)</b>		
<b>REFEIÇÕES</b>	<b>ALIMENTOS</b>	<b>QUANTIDADES</b>
<b>DESJEJUM</b> horas		
<b>COLAÇÃO</b> horas		
<b>ALMOÇO</b> horas		
	Salada crua (Veg A)	Á vontade (ver lista)
	Verdura cozida ou refogada (Veg B)	colheres de sopa ( g)
	Carne	colheres de sopa ( g)
	Feijão	colheres de sopa ( g)
	Arroz	colheres de sopa ( g)
	Azeite	colheres de sopa ( ml)

<b>LANCHE</b> horas		
<b>JANTAR</b> horas		
	Salada crua (Veg A)	Á vontade (ver lista)
	Verdura cozida ou refogada (Veg B)	colheres de sopa ( g)
	Carne	colheres de sopa ( g)
	Feijão	colheres de sopa ( g)
	Arroz	colheres de sopa ( g)
	Azeite	colheres de sopa ( ml)
<b>CEIA</b> horas		

Go: \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_

Nutricionista \_\_\_\_\_

*Lembre-se: "Uma alimentação equilibrada deve ser mantida em qualquer fase da vida!"*

## LISTA DE SUBSTITUIÇÃO DE ALIMENTOS

1. **VEGETAL A (permitidos à vontade):** Acelga, agrião, alface, almeirão, berinjela, brócolis, chicória, couve, couve-flor, espinafre, maxixe, mostarda, pepino, pimentão, rabanete, repolho, taioba, tomate, rúcula.

2. **VEGETAL B (permitidos moderado):** Abóbora madura, abobrinha verde, beterraba, cenoura, chuchu, ervilha verde, guariroba, jiló, quiabo, vagem.

1.Abacate – 2 colheres de sopa	14.Fruta do conde - ¼ unid. peq.	26.Melancia – ½ fatia média
2.Abacaxi – 1 fatia	15.Goiaba – 1 unidade	27.Melão – 1 fatia média
3.Acerola – 10 unidades	16.Graviola – ½ xíc.chá de polpa	28.Mexerica – 1 unidade média
4.Água de côco – 1 copo grande	17.Jabuticaba – 15 unidades	29.Morango – 13 unid. médias
5.Ameixa – 2 unid. Pequenas	18.Jaca – 15 bagos	30.Nectarina – 1 unidade média
6.Amora – ½ copo	19. Kiwi – 1 unidade	31.Pêra – 1 unidade pequena
7.Ata – ½ unidade pequena	20.Laranja – 1 unidade	32.Pêssego – 2 unid. médias
8.Banana – 1 unidade pequena	21.Lima – 1 unidade média	33.Pitanga – 10 unidades
9.Cajá – 2 unidades	22.Maçã – 1 unidade média	34.Romã – 2 unidades
10.Caju – 1 unidade grande	23.Mamão – 1 fatia média	35.Tamarindo – ½ xíc. chá (polpa)
11.Caqui – 1 unidade pequena	24.Manga – 1 unidade pequena	36.Tangerina – 1 unidade média
12.Carambola – 1 unidade	25.Maracujá 1 unidade média	37.Uva – 10 unidades
13.Coco-da-baía –1 ped. peq.		

**LEITE desnatado (250 ml = 1 copo duplo)**

- |   |   |
|---|---|
| 1. Leite em pó desnatado- 2 colheres de sopa cheias | 4. Iogurte natural – 1 copo americano peq. (160 ml) |
| 2. Coalhada light - ½ copo americano peq. (80 ml)   | 5. Requeijão cremoso light – 2 c. de sopa rasas     |
| 3. Queijo fresco - 1 fatia média fina               |   |

**PÃO FRANCÊS (1 unidade = 50 gramas)**

- |   |   |
|---|---|
| 1. Bolacha de sal- 6 unidades             | 7. Torrada – 4 unidades                                   |
| 2. Bolo simples – 2 fatias finas pequenas | 8. Pão ou biscoito de queijo – 1 unidade grande           |
| 3. Broa – 2 unidades médias               | 9. Fubá, Cremogema – 2 colheres de sopa                   |
| 4. Cuscuz de milho – 2 fatias médias      | 10. Granola – 1 colher de sopa cheia                      |
| 5. Pão de forma – 2 fatias                | 11. Maizena, Aveia – 2 colheres de sopa                   |
| 6. Pão careca ou Rosca – 1 unidade média  | 12. Tapioca –1 unid média ou 4 col de sopa cheias de goma |

**ARROZ (1 colher de sopa)**

- |  |   |
|--|---|
| Arroz integral – 1 colher de sopa                        | 6. Milho verde – 1 colher de sopa cheia |
| 2. Anju de milho– 1 colher de sopa cheia                 | 7. Pequi – 1 unidade pequena            |
| 3. Bat. Inglesa, bat. doce, mandioca, cará - 1 col. sopa | 8. Pamonha de sal – 1 fatia fina        |
| 4. Farinha – 1 colher de sopa rasa                       | 9. Pirão – 1 colher de sopa cheia       |
| 5. Macarrão – 1 colher de sopa                           | 10. Purê- 1 colher de sopa rasa         |

**FEIJÃO (1 colher de sopa)**

1. Ervilha – 1 colher de sopa
  2. Feijão branco ou Soja – 1 colher de sopa
  3. Feijão tropeiro – ½ colher de sopa
  4. Grão de bico – 1 colher de sopa
  5. Lentilha – 1 colher de sopa
  6. Tutu de feijão – ½ colher de sopa
- 

**BIFE (100g = 1 unidade média)**

1. Carne moída ou carne picadinha – 4 col. sopa
  2. Frango (cozido ou assado) – 2 pedaços médios
  3. Peixe (cozido ou assado) – 1 pedaço grande
  4. Sardinha – 1 unidade
  5. Ovo cozido ou mexido – 2 unidades
  6. Almôndega – 2 unidades médias
  7. Quibe assado – 1 pedaço médio
- 

**CASTANHA (4 unidades)**

1. Abacate – 1 colher de sopa
  2. Amêndoa – 10 unid
  3. Amendoim – 12 unid
  4. Castanha pará – 2 unid
-

## SOBRE O E-BOOK

Tipologia Dosis, Medula One

Publicação Cegraf UFG  
Câmpus Samambaia, Goiânia-Goiás,  
Brasil. CEP 74690-900  
Fone: (62) 3521-1358  
<https://cegraf.ufg.br>

**EBSERH**  
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS  

---

**GOIÁS**

**HC**  
HOSPITAL DAS  
CLÍNICAS

