

CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO

Curso de Nutrição

Márcia Trabachini

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

**DESENVOLVIMENTO DE PROTOCOLO NUTRICIONAL PARA ADULTOS
COM SOBREPESO E OBESIDADE: ABORDAGEM COMPORTAMENTAL**

São Paulo

2024

Márcia Trabachini

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO
DESENVOLVIMENTO DE PROTOCOLO NUTRICIONAL PARA ADULTOS
COM SOBREPESO E OBESIDADE: ABORDAGEM COMPORTAMENTAL**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como requisito para aprovação
no curso de Nutrição do Centro Universitário
São Camilo e obtenção do respectivo título
de bacharel, sob a orientação da Professora
Tatiana Sadalla Collese.

São Paulo

2024

Ficha catalográfica elaborada pelas Bibliotecas São Camilo

Trabachini, Márcia

Desenvolvimento de protocolo nutricional para adultos com sobrepeso e obesidade: abordagem comportamental / Márcia Trabachini. -- São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2025.

47 p.

Orientação de Tatiana Sadalla Collese.

Trabalho de Conclusão de Curso de Nutrição (Graduação), Centro Universitário São Camilo, 2024.

1. Comportamento alimentar 2. Nutrologia 3. Obesidade 4. Pacotes de assistência ao paciente I. Collese, Tatiana Sadalla II. Centro Universitário São Camilo III. Título

CDD: 615.854

Aos meus amados sobrinhos, Lucas e Luiza, como incentivo.

Aos meus adorados pais, Aristides e Maria Aparecida, e ao meu irmão, José Carlos, como gratidão, não apenas pelo amor e cuidado de toda a vida, mas também pela efetiva participação nos trabalhos acadêmicos de minha graduação.

Meu especial agradecimento à minha Orientadora, Professora Tatiana Sadalla Collese, pela maestria com que me conduziu neste trabalho e que, com a excelência de seu conhecimento e a magnitude de sua generosidade, tornou suave o meu caminho e frutífero o meu aprendizado.

"Não vivemos para comer, mas comemos para viver". (Sócrates)

"Que seu remédio seja seu alimento, e que seu alimento seja seu remédio".
(Hipócrates)

RESUMO

A obesidade é considerada um dos principais fatores de risco para Doenças Crônicas Não Transmissíveis e, associada ao excesso de peso, atingiu 137 milhões de brasileiros em 2020, o que torna imperativo o desenvolvimento de estratégias para a redução da gordura corporal que vão além das dietas restritivas, que se têm mostrado ineficientes, a longo prazo, para alcançar esse objetivo. Este trabalho teve como objetivo desenvolver um protocolo de atendimento nutricional para adultos com excesso de peso e obesidade com abordagem no comportamento alimentar. Trata-se de pesquisa bibliográfica em livros e artigos científicos, com base na mudança do comportamento alimentar para a condução da terapia nutricional. Este protocolo foi desenvolvido inspirado na padronização do Processo de Cuidado de Nutrição adotado pela Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN, 2014), segundo as etapas: 1. Avaliação (consumo alimentar e comportamento alimentar, antropometria, exames laboratoriais e outras informações clínicas e pessoais); 2. Diagnóstico (segundo o formato PES – Problema, Etiologia e Sinais e Sintomas); 3. Intervenção (fornecimento de listas de grupos de alimentos ao paciente, para que ele possa pessoalmente compor o cardápio de suas refeições, tornando-se o próprio agente de seu cuidado nutricional). Além de aconselhamentos para tornar o relacionamento do paciente com a comida mais saudável, no que se refere a comportamentos como consumo excessivo de *fast-food*, intervalos digestivos desordenados, realização de atividades concomitantes ao ato de comer e adesão recorrente a dietas restritivas; 4. Monitoramento (retornos mensais, com a aplicação dos questionários definidos). Concluiu-se que o desenvolvimento de novos métodos para tratamento do excesso de peso e da obesidade são bastante relevantes em vista de seu alto índice de ocorrência na modernidade e das patologias a eles associadas e em virtude do recorrente reganho de peso quando utilizadas dietas restritivas convencionais, sendo a abordagem comportamental uma estratégia para desenvolver um estilo de vida saudável e uma boa relação com a alimentação.

Palavras-chave: nutrição clínica; comportamento alimentar; obesidade; hábitos alimentares; Processo de Cuidado de Nutrição.

ABSTRACT

Obesity is considered one of the main risk factors for Chronic Noncommunicable Diseases and, associated with excess weight, affected more than 137 million Brazilians in 2020, which makes it imperative to develop strategies for reducing body fat that go beyond of restrictive diets, which have been shown to be inefficient, in the long term, in achieving this goal. This work aimed to develop a nutritional care protocol for overweight and obese adults with an approach to eating behavior. This is bibliographical research in books and scientific articles, based on changing eating behavior to conduct nutritional therapy. This protocol was developed inspired by the standardization of the Nutrition Care Process adopted by the Brazilian Nutrition Association (ASBRAN, 2014), according to the steps: 1. Assessment (food consumption and eating behavior, anthropometry, laboratory tests and other clinical and personal information); 2. Diagnosis (according to the PES format – Problem, Etiology and Signs and Symptoms); 3. Intervention (providing the patient with lists of food groups so that he or she can personally compose the menu for his or her meals, becoming the agent of his or her own nutritional care). In addition to advice to make the patient's relationship with food healthier, with regard to behaviors such as excessive consumption of fast food, disordered digestive intervals, carrying out activities concomitantly with the act of eating and recurrent adherence to restrictive diets); 4. Monitoring (monthly returns, with the application of the defined questionnaires). It was concluded that the development of new methods for treating excess weight and obesity are very relevant in view of their high rate of occurrence in modern times and the pathologies associated with them and due to the recurrent weight regain when conventional restrictive diets are used, with the behavioral approach being a strategy to develop a healthy lifestyle and a good relationship with food.

Keywords: clinical nutrition; eating behavior; obesity; eating habits; Nutrition Care Process.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVO GERAL.....	11
2.1	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
3	MÉTODO	12
3.1	POPULAÇÃO.....	13
3.2	CONSUMO ALIMENTAR	13
3.3.	COMPORTAMENTO ALIMENTAR	13
4.	RESULTADOS E DISCUSSÃO	14
4.1	AVALIAÇÃO NUTRICIONAL.....	14
4.1.1	Antropometria.....	15
4.1.2	Exames bioquímicos.....	15
4.1.3	Dados clínicos.....	15
4.1.4	Dados dietéticos.....	15
4.2	DIAGNÓSTICO	16
4.3	INTERVENÇÃO	17
4.3.1	Comportamentos alimentares inadequados.....	18
4.3.1.1	Consumo excessivo de <i>fast-food</i> e comida pronta pelo sistema <i>delivery</i>	18
4.3.1.2	Intervalos digestivos desordenados	21
4.3.1.3	Adesão recorrente a dietas restritivas	23
4.3.1.4	Realização de atividades concomitantes ao ato de comer.....	25
4.3.2	Intervenção nutricional qualitativa	28
5	CONCLUSÃO	32
	REFERÊNCIAS	32
	APÊNDICE A – Ficha de Anamnese.....	37
	APÊNDICE B – Recordatório alimentar de 24 horas	38
	APÊNDICE C – Diário Alimentar.....	39
	APÊNDICE D – Questionário de investigação de comportamentos alimentares.....	41
	APÊNDICE E – Listas de alimentos separados por grupos alimentares.....	43

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde define obesidade como uma doença crônica complexa definida por depósitos excessivos de gordura que podem prejudicar a saúde (OMS, 2024). Os indivíduos que possuem Índice de Massa Corporal (IMC) entre 25 e 29,9 kg/m² são diagnosticados com sobrepeso e já podem ter alguns prejuízos com o excesso de gordura e a obesidade é assim considerada quando o IMC é igual ou superior a 30 kg/m² (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023).

Dados do Ministério da Saúde apontam que, traduzindo em números, aproximadamente 60% dos adultos brasileiros já têm excesso de peso, o que representa cerca de 96 milhões de pessoas, e 1 em cada 4 tem obesidade, num total de mais de 41 milhões de pessoas, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde – PNS/2020 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

Por outro lado, a obesidade tem sido considerada um dos principais fatores de risco para as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), que já respondem por 70% das causas de morte da população adulta (AZEVEDO et al, 2014). Dentre as DCNT destacam-se diabetes, doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, acidente vascular cerebral, várias formas de câncer (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023) e a própria obesidade, que também é considerada uma patologia (AZEVEDO et al, 2014).

Dessa forma, torna-se imperiosa a adoção de medidas para reduzir o excesso de peso dos indivíduos, para que se alcance a redução da incidência de DCNT e a melhoria da qualidade de vida da população.

Uma das estratégias mais usadas para a redução do peso corporal é a adoção de uma dieta com restrição calórica (DAYAN, P. H. et al., 2019). As pessoas que persistem numa dieta de valor energético muito baixo podem perder vários quilos em algumas semanas. A maioria destes indivíduos, contudo, recuperam o peso dentro de um curto período (GRZELKA, K. et al, 2023). Muitos deles então reiniciam o processo de dieta e recomeçam o ciclo. No geral, cerca de 90% a 95% dos indivíduos que seguem dietas para perda de peso irão recuperá-lo a longo prazo, às vezes acabando por pesar mais do que antes (DAYAN, P. H. et al, 2019).

Essas evidências sugerem que a adoção de uma dieta que restringe calorias não é eficaz quando aplicada isoladamente, tanto porque é abandonada em pouco tempo pelo praticante, tanto porque desencadeia no indivíduo um desejo incontrolável pelos alimentos ditos proibidos, passando a ingeri-los descontroladamente quando abandona a dieta. Isso porque a estratégia utilizada para a redução da ingesta é, no mais das vezes, exterior ao indivíduo, ou seja, a partir de uma dieta que não leva em conta as características pessoais do praticante, seu estilo de vida, sua vida social, seus traumas e crenças, enfim, sua história de vida, todos elementos que impactam o comportamento alimentar.

Portanto, para alcançar o equilíbrio ponderal a longo prazo, é preciso ir além da restrição calórica, mudando o comportamento alimentar e sedimentando os bons hábitos alimentares (DAYAN, P. H. et al., 2019).

Para tanto, propomos o desenvolvimento de um protocolo de atendimento nutricional para adultos com excesso de peso ou obesidade, englobando a mudança do comportamento alimentar.

2 OBJETIVO GERAL

Desenvolver um protocolo de atendimento nutricional para adultos com excesso de peso ou obesidade, com abordagem no comportamento alimentar.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Determinar os instrumentos a serem utilizados na avaliação nutricional dos pacientes que serão atendidos mediante o protocolo de atendimento nutricional ora proposto e desenvolver esses instrumentos.

Identificar os principais comportamentos alimentares relacionados ao excesso de peso ou obesidade.

Definir as estratégias que serão utilizadas para a priorização dos diagnósticos identificados a partir da avaliação.

Determinar a intervenção que será posta em ação no protocolo em desenvolvimento, apresentando estratégias para mudança de comportamentos alimentares que levam ao excesso de peso ou obesidade.

Estabelecer os meios de monitoramento que serão usados para o acompanhamento da evolução do tratamento dos pacientes atendidos com o protocolo em desenvolvimento.

Reunir as evidências científicas que serão incorporadas neste protocolo, a serem transmitidas ao paciente com sobrepeso ou obesidade, com a finalidade de influenciar o seu comportamento alimentar e transformá-lo no agente do próprio processo de cuidado nutricional.

3 MÉTODO

Para o desenvolvimento do protocolo, utilizou-se a revisão da literatura científica e os protocolos e ferramentas disponíveis em artigos científicos e livros conceituados na área.

Também se utilizou o Manual Orientativo da Sistematização do Cuidado de Nutrição (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO, 2023), que engloba as etapas do atendimento nutricional indicadas pelo Processo de Cuidado de Nutrição da Academy of Nutrition and Dietetics, dos Estados Unidos, quais sejam, a avaliação nutricional, o diagnóstico de nutrição, a intervenção e o monitoramento.

Para a pesquisa bibliográfica foram usados como descritores as palavras-chave: obesidade; inquéritos alimentares; comportamento alimentar; dietas restritivas; dietas hipocalóricas; inquéritos alimentares; *fast-food*; esvaziamento gástrico; *mindful eating* e comer intuitivo em bases *online* como Scielo (Scientific Electronic Library Online), MedLine (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), Biblioteca virtual em Saúde (BVS) e literatura constante na Biblioteca do Centro Universitário São Camilo, considerando referências dos últimos vinte anos.

Estabeleceu-se que o protocolo de atendimento nutricional não indicará cardápios prontos a serem seguidos pelo paciente, porém a abordagem do Nutricionista levará em conta o componente cognitivo para a mudança do comportamento alimentar, com a transmissão de conhecimentos sobre nutrição e comportamentos alimentares, para alcançar a adesão do paciente aos novos hábitos alimentares.

O componente cognitivo corresponde a tudo o que o indivíduo sabe sobre alimentos e nutrição e que influencia, em maior ou menor grau, seu comportamento alimentar, englobando o conhecimento científico, bem como o popular (GALISA, M. S., 2014).

Para a promoção de uma mudança no comportamento alimentar é preciso entender que o comportamento está relacionado ao que uma pessoa conhece e acredita sobre alimentação e Nutrição. Aquilo que as pessoas percebem como real,

independentemente de ser verdadeiro ou não, influencia sua habilidade de seguir determinado comportamento alimentar (ALVARENGA, M. et al, 2019).

Baseando-se nessas informações e ponderações, o protocolo de atendimento proposto englobará a transmissão de conhecimentos e informações ao paciente, como por exemplo referentes aos grupos alimentares e suas funções no organismo, os principais determinantes do comportamento alimentar e estratégias para auxiliar a aplicação prática de mudanças.

3.1 POPULAÇÃO

A população alvo deste protocolo de atendimento nutricional foi definida em adultos de 19 a 59 anos de idade, de ambos os sexos, com excesso de peso ou obesidade, com a inclusão de pacientes portadores de patologias decorrentes dos maus hábitos alimentares e do excesso de peso, como dislipidemias, hipertrigliceridemias, resistência à insulina, diabetes, hipertensão arterial e doenças cardíacas, excluídas outras doenças.

3.2 CONSUMO ALIMENTAR

Buscaram-se na literatura os inquéritos alimentares frequentemente aplicados para avaliar o consumo alimentar do paciente, englobando a ingestão quanti-qualitativa de alimentos e o padrão individual de alimentação (FISBERG, R. M.; MARCHIONI, D. M. L.; COLUCCI, A. C. A., 2009).

3.3. COMPORTAMENTO ALIMENTAR

Para identificar os comportamentos alimentares dos pacientes a serem atendidos com base no protocolo objeto deste estudo, foi desenvolvido um questionário sobre comportamento alimentar, a ser respondido pelo paciente e que definirá os temas a serem trabalhados em consultório em relação ao seu comportamento alimentar, definido como o conjunto de cognições e afetos que regem as ações e condutas alimentares e também como as ações em relação ao ato de se alimentar, como, quando e de que forma comemos (ALVARENGA, M. et al, 2019).

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da complexa problemática relativa à obesidade oriunda das más escolhas alimentares decorrentes dos comportamentos alimentares inadequados, este trabalho desenvolveu um protocolo de atendimento nutricional baseado no comportamento alimentar, objetivando principalmente a adoção de um estilo de vida mais saudável e tranquilo, sendo a redução do peso corporal, se ocorrer, uma consequência positiva da mudança de comportamento, apesar de não ser uma ferramenta com objetivo principal de perda de peso (ALVARENGA, M. et al, 2019).

O protocolo proposto seguirá as etapas sugeridas pelo Processo de Cuidado de Nutrição adotado pela Associação Brasileira de Nutrição – ASBRAN, quando, em 2014, ao adotar a padronização internacional de diagnósticos em nutrição proposta pela Academy of Nutrition and Dietetics (AND), publicou o Manual Orientativo da Sistematização do Cuidado de Nutrição - SICNUT (MARTINS, C., 2016), atualizado posteriormente (ASBRAN, 2023). Tais etapas incluem a avaliação do estado nutricional do paciente; diagnóstico nutricional; intervenções a serem implementadas e monitoramento (FIDELIX, M. S. P., 2014), conforme segue.

4.1 AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

A avaliação do estado nutricional do paciente é a base do cuidado nutricional e pode detectar a deficiência ou o excesso de nutrientes consumidos, permitindo que a ingestão alimentar e o estilo de vida sejam aperfeiçoados por meio de intervenção nutricional (RAYMOND, J. L.; MORROW, K., 2022).

A avaliação do estado nutricional identifica situações associadas à seleção e ingestão de alimentos e, após comparadas com os padrões de normalidade definidos para cada população específica, é determinada a ocorrência, a natureza e a extensão das anormalidades nutricionais e identificados um ou mais problemas, que é o diagnóstico de nutrição, cuja relevância indica a necessidade de intervenção nutricional. A fase de Avaliação engloba o histórico nutricional e alimentar do paciente, dados clínicos nutricionais, antropometria e exames bioquímicos (FIDELIX, M. S. P., 2014).

Sendo assim, os dados que serão coletados para este protocolo são os

definidos a seguir:

4.1.1 Antropometria

Serão aferidos peso, altura e circunferência da cintura.

4.1.2 Exames bioquímicos

Serão solicitados, prioritariamente, os seguintes exames bioquímicos: hemograma completo, Colesterol Total e Frações, Triglicérides, Glicemia de jejum, Hemoglobina Glicada, Albumina, Ferritina, Transaminase Oxalacética (TGO) e Transaminase Pirúvica (TGP). Demais exames, conforme necessidade e/ou disponibilidade do paciente, também poderão ser considerados, como por exemplo, algumas vitaminas e minerais.

4.1.3 Dados clínicos

Serão investigados a idade, histórico pessoal e familiar, presença de doenças, intolerâncias e alergias alimentares, uso de medicamentos, sono, prática de atividade física, ingestão de água, preferências e aversões alimentares, dentre outros. A Ficha de Anamnese consta do Apêndice A.

4.1.4 Dados dietéticos

Com relação ao histórico nutricional e alimentar do paciente serão usados o Recordatório Alimentar de 24 horas, aplicado pela Nutricionista na primeira consulta, e o Diário Alimentar, a ser preenchido pelo paciente previamente à primeira consulta, por três dias alternados, contemplando dois dias de semana e um dia do final de semana (FISBERG, R. M.; MARCHIONI, D. M. L.; COLUCCI, A. C. A., 2009), conforme Apêndices B e C. As informações coletadas nos inquéritos alimentares serão inseridas no Software de Nutrição WebDiet® (WebDiet versão 4.0, 2024), para comparação do consumo alimentar do paciente com as recomendações oficiais de saúde e para verificar as adequações ou inadequações de sua alimentação.

Com essas ferramentas serão identificados os alimentos consumidos pelo paciente, horários das refeições, mas além do consumo alimentar também já poderão ser identificados alguns comportamentos alimentares irregulares, como

alimentação monótona, excesso de consumo, sentimentos relacionados ao ato de comer, intervalos digestivos desordenados, entre outros.

Além dos questionários para identificar o consumo alimentar, também será usado o Questionário de Identificação de Comportamentos Alimentares para detectar os comportamentos alimentares inadequados que podem ter levado ao excesso de peso do paciente, ferramenta desenvolvida pela autora deste trabalho e que será aplicada ao paciente anteriormente à primeira consulta, de forma *online*.

O Questionário de Identificação de Comportamentos Alimentares contemplou os determinantes das escolhas alimentares, que são fatores que influenciam as escolhas alimentares, sendo que essas variáveis podem relacionar-se aos alimentos, como por exemplo o aroma e a aparência, ou pode relacionar-se ao indivíduo, como por exemplo fatores socioculturais – necessidade de aceitação no grupo – e antropológicos – valores, crenças, experiências pregressas (JOMORI, M. M.; PROENÇA, R. P. C; CALVO, M. C. M., 2008). O Questionário de Identificação de Comportamentos Alimentares consta do Apêndice D.

Cabe salientar que a avaliação do estado nutricional levará em conta os domínios relativos a cada problema nutricional identificado, que são: INGESTÃO (problemas relacionados à ingestão de calorias, nutrientes, líquidos e substâncias bioativas. Verifica o excesso ou carência na ingestão, comparado às necessidades estimadas); NUTRIÇÃO CLÍNICA (problemas nutricionais relacionados a condições clínicas, físicas ou bioquímicas) e COMPORTAMENTO/AMBIENTE NUTRICIONAL (problemas nutricionais relacionados ao conhecimento, atitudes e crenças, ambiente físico em que se fazem as refeições, acesso aos alimentos, segurança alimentar) (MARTINS, C, 2016). Esses domínios, com suas classes e subclasses, serão aqui indicados por ocasião da descrição dos principais comportamentos alimentares transtornados, identificados na revisão bibliográfica, e que serão descritos adiante na fase da intervenção do protocolo ora desenvolvido.

4.2 DIAGNÓSTICO

Diagnóstico de nutrição é a identificação de um problema nutricional existente, que tem a possibilidade de ser resolvido e refere-se a problemas já existentes e não ao risco ou potencial de ocorrerem (FIDELIX, M. S. P., 2014). O

diagnóstico de nutrição é a descrição das alterações nutricionais encontradas no indivíduo e é uma ligação entre a avaliação e a intervenção (MARTINS, C., 2016). O estabelecimento de diagnósticos nutricionais auxilia a definição e a promoção de cuidados eficazes de acordo com problemas nutricionais específicos, sendo necessário associar a perfeita análise dos dados da avaliação com um bom julgamento e habilidades de tomada de decisão por parte dos nutricionistas (RAYMOND, J. L.; MORROW, K., 2022).

Na proposta de padronização internacional de diagnósticos em nutrição da AND, conforme acima mencionado, os diagnósticos em nutrição são divididos em três domínios: Ingestão; Nutrição Clínica e Comportamentos/Ambiente Nutricional (MARTINS, C., 2016).

Como exemplos de diagnósticos de nutrição pertinentes ao público abrangido por este protocolo temos: ingestão excessiva de energia (Domínio: Ingestão); sobrepeso/obesidade (Domínio: Nutrição Clínica); escolhas alimentares indesejáveis (Domínio: Comportamento/Ambiente Nutricional), entre outros.

Para a descrição do diagnóstico em nutrição será usado um modelo padronizado, chamado PES (Problema em nutrição – Etiologia/causa – Sinais e Sintomas), em que o Problema é uma das subclasses de um dos três domínios supramencionados, a Etiologia é a causa do problema e os Sinais e Sintomas são marcadores claramente definidos, que podem ser observados e aferidos, como por exemplo, os exames bioquímicos e os dados antropométricos. A estrutura completa da escrita é: “título do diagnóstico em nutrição (problema), associado a (etiologia), conforme evidenciado por/pelo (sinais e sintomas)” (ASBRAN, 2023). Desta forma, exemplifica-se a descrição de um diagnóstico em nutrição como segue: “Escolhas alimentares indesejáveis associadas ao consumo excessivo de *fast food* conforme evidenciado por hiperglicemia”.

Assim padronizada, a descrição do diagnóstico em nutrição facilita a intervenção do nutricionista, a comunicação com o paciente (MARTINS, C., 2016) e sua adesão ao tratamento proposto.

4.3 INTERVENÇÃO

As intervenções de nutrição serão planejadas e desenvolvidas com a intenção de realizar mudanças em comportamentos e condições do ambiente alimentar e solucionar os problemas detectados durante a avaliação e diagnóstico. Além disso, a intervenção será composta de duas etapas principais: o planejamento, em que serão priorizados os diagnósticos de nutrição e selecionadas as estratégias de conduta; e a execução, em que serão definidos critérios para a mudança de comportamento e feita uma intervenção qualitativa no consumo alimentar. (FIDELIX, M. S. P., 2014).

Neste protocolo, será realizada a intervenção através de aconselhamento nutricional permeando os comportamentos alimentares inadequados do paciente, identificados no Questionário constante do Apêndice D e que podem gerar sobrepeso e patologias relacionadas, como serão exemplificados no próximo tópico, quando tratarmos de alguns comportamentos alimentares inadequados identificados na literatura.

4.3.1 Comportamentos alimentares inadequados

Com base na pesquisa bibliográfica realizada, apresentamos a seguir os comportamentos alimentares mais frequentes em pessoas com sobrepeso e obesidade, com as respectivas propostas de aconselhamento nutricional que serão conduzidas.

4.3.1.1 Consumo excessivo de *fast-food* e comida pronta pelo sistema *delivery*

A sociedade moderna introduziu, há alguns anos, uma modificação na dinâmica alimentar dos indivíduos. Seja pela ascensão da mulher ao mercado de trabalho, a qual antes era responsável pela tarefa de preparação das refeições da família, seja pelo aumento da velocidade e urgência com que se demanda que se realizem as tarefas, deixando pouquíssimo tempo para a realização das refeições, o chamado *fast-food*, comida rápida, surgiu como solução para a nova realidade relacionada com a alimentação (OLIVEIRA, N.; FREITAS, M. C. S.; 2008).

Além disso, desde o início do surgimento dos *fast-food*, o acesso a esse tipo de comida foi considerado como sinal de mobilidade social ascendente (CANESQUI, A.M., 2005). Esse fato soma-se às razões acima expostas para a

adesão aos *fast-food*, pois, além da agilidade oferecida por essa forma de alimentação, traz uma sensação de prestígio aos comensais.

Além do consumo do *fast-food*, que no princípio era realizado apenas fora do lar, mais recentemente surgiu outra ferramenta para facilitar o ato de alimentar-se, consistente na chamada comida pronta, que é também fornecida por restaurantes e outras unidades de produção através da entrega em domicílios, conhecida como sistema *delivery* (OLIVEIRA, N.; FREITAS, M. C. S.; 2008).

Assim, a chamada comida de verdade, consistente em arroz, feijão, carnes, verduras, legumes, frutas e sucos naturais, foi substituída por pizza, hambúrguer, maionese, panqueca, batata frita, nuggets, massas, refrigerantes, bebidas açucaradas, todos ricos em gorduras saturadas, gordura trans, sal e açúcar, além de aditivos químicos para conservação e realce de suas características sensoriais. Além da deficiência nutricional inserida nessa prática, consubstancia-se o consumo excessivo de lipídeos e carboidratos de má qualidade e, conseqüentemente, de calorias totais na dieta, atitudes relacionadas à alimentação que impactam negativamente a saúde e promovem o aumento de peso corporal.

Apesar da alta adesão pela população, a alimentação *fast-food* e a comida pronta fornecida por meio de *delivery* são consideradas uma dieta de risco para a saúde ou no mínimo como hábito alimentar inadequado. Diante do aumento da prevalência de altas taxas de colesterol e triglicerídeos e da relevância epidemiológica dos problemas de sobrepeso, obesidade, hipertensão arterial e diabetes, o negócio da alimentação *fast-food* encontra-se numa posição de alerta. A desaprovação do consumo frequente da comida *fast-food* pelo profissional nutricionista é lugar-comum na literatura (OLIVEIRA, N.; FREITAS, M. C. S.; 2008).

O Quadro 1 indica as variáveis de domínio, classe e subclasse da classificação do diagnóstico em Nutrição referente ao comportamento relativo ao consumo excessivo de alimentos de *fast-food* e pedidos de *delivery*, bem como o respectivo exemplo de diagnóstico segundo o modelo PES (ASBRAN, 2023).

Quadro 1 – Classificação do diagnóstico em Nutrição – *fast-food* e *delivery*

DOMÍNIO: COMPORTAMENTO/AMBIENTE NUTRICIONAL (NB)

CLASSE: Conhecimento e crenças (NB-1)

Subclasse: Escolhas alimentares indesejáveis (NB-1.7)

Exemplo de diagnóstico segundo o modelo PES: “Escolhas alimentares indesejáveis associadas ao consumo excessivo de *fast food* conforme evidenciado por hiperglicemia”.

Fonte: ASBRAN, 2023.

O aconselhamento nutricional a ser estabelecido nesse comportamento terá como objetivo reduzir o consumo de *fast-food* ou de comida entregue pelo sistema *delivery*, relegando essas opções para ocasiões emergenciais ou para situações especiais. Mesmo quando não for possível evitar comer fora de casa ou pedir a entrega de comida pronta, o paciente será aconselhado a fazer melhores escolhas, com ingredientes variados e saudáveis, como por exemplo, almoçar em um restaurante no sistema *buffet*, em que é possível servir-se de uma refeição contendo hortaliças e frutas. Também será orientado a complementar eventual comida pronta solicitada pelo sistema *delivery*, com uma salada ou fruta de sobremesa, como é o caso de uma pizza, que pode ser complementada com uma salada de rúcula ou alcachofra, aliás opções já constantes nos cardápios de muitas pizzarias, além de finalizar a refeição com uma fruta de sobremesa.

O paciente será aconselhado, ainda, a fazer um planejamento das compras de alimentos para a semana, prevendo a quantidade e a variedade de cereais, leguminosas, carnes, legumes e verduras, frutas, oleaginosas e óleos, de modo a não ser surpreendido com a falta de ingredientes para a preparação das refeições e evitar a geração de oportunidades para pedir comida por *delivery* ou sair para comer.

Além disso, será orientado a preparar a comida em porções maiores, para refrigeração ou congelamento em porções suficientes para uma refeição, adotando, se possível, o sistema de marmitas para alimentar-se no trabalho, além de prover-se de frutas, iogurtes e castanhas para seu lanche intermediário às refeições principais, se necessário.

Ademais, o paciente receberá informações de que o consumo de *fast-food* ou *delivery* não constitui sinal de ascensão social; ao contrário, geralmente são

constituídos de alimentos de baixa qualidade e baixo teor nutricional, com prejuízo à saúde, que é, esta sim, verdadeiro sinal de prosperidade.

4.3.1.2 Intervalos digestivos desordenados

Os intervalos digestivos, ou seja, o respeito ao tempo de esvaziamento gástrico, têm sido cada vez menos observados. É comum identificar indivíduos que omitem refeições e também aqueles que “beliscam” o dia todo. Assim, pular refeições ou petiscar se tornou um hábito prevalente, sendo que esses estilos alimentares podem ter vários efeitos nos marcadores de saúde cardiometabólicos, incluída a obesidade (ST-ONGE, M. P. et al, 2017).

Esses comportamentos alimentares inadequados podem desencadear o processo de ganho excessivo de peso de duas formas. Suprimir refeições pode gerar o descontrole no momento da refeição, pois é plausível levantar a hipótese de que um intervalo mais longo entre os episódios alimentares leva a um maior consumo na próxima oportunidade alimentar disponível, ao passo que fazer as refeições em intervalos regulares pode diminuir o consumo nas refeições seguintes, a exemplo de estudos que demonstraram que tomar o café da manhã reduziu a ingestão global de gordura na dieta e minimizou os lanches impulsivos (ST-ONGE, M. P. et al, 2017). Por outro lado, os constantes petiscos durante o dia podem gerar a supressão do sinal de fome e a adoção do hábito de ingerir alimentos sem esse sinal fisiológico. Alguns estudos mostraram que o consumo recorrente de lanches pode facilitar o aumento da ingestão para além das necessidades energéticas, fornecendo quantidades importantes de nutrientes de baixa densidade nutricional (GAUCHE, H.; CALVO, M. C. M.; ASSIS, M. A. A., 2006).

A prática de comer a intervalos preestabelecidos, geralmente pequenos, independentemente de sentir fome, decorre do medo de sentir fome e inibe o seu verdadeiro sinal, que é um sinal fisiológico da necessidade de comer baseada numa combinação de sensações induzidas pela privação temporária de energia ou de alimentos (ALVARENGA, M. et al, 2019), e que deveria guiar o indivíduo a decidir alimentar-se. Sendo a fome um sinal fisiológico, deve-se evitar comer antes de sentir fome e reconhecer a sua legitimidade e característica de sinal natural; dietas que preconizam refeições a cada pequenos intervalos visam evitar que o indivíduo

sinta fome, o que é diferente de “passar fome”, que se refere à subalimentação crônica, à privação de alimentos, à privação alimentar, uma sensação desconfortável ou dolorosa causada pelo consumo insuficiente de calorias (UNICEF BRASIL, 2022). Ademais, estudos apontam que o aumento da frequência das refeições não parece alterar favoravelmente a composição corporal em populações sedentárias e também não parece melhorar significativamente a termogênese induzida pela dieta, o gasto energético total ou a taxa metabólica de repouso (LA BOUNTY, P. M. et al, 2011).

Nesse ponto, tem-se que a alimentação é um ato complexo, que envolve capacidade de decisão, de percepção dos sinais internos, de escolha (ALVARENGA, M. et al, 2019). Determinar o que e quando a pessoa deve comer é inibir esse o sinal interno de fome, o que gera que a pessoa perde a capacidade de decidir, por si, quando deve comer. No mesmo sentido, determinar que o indivíduo deva comer apenas pequenas quantidades acomete o sinal de saciedade, que é a sensação de plenitude gástrica, com a perda da sensação de fome depois da refeição e é associada a uma sensação de bem-estar (ALVARENGA, M. et al, 2019). Comer pouco e em pequenos intervalos equivale a beliscar, e a pessoa nunca reconhecerá o sinal de fome e também nunca estará totalmente sem fome para recusar guloseimas, passando por uma “zona de indiferença biológica”, na qual não estamos nem genuinamente com fome, nem genuinamente saciados (ALVARENGA, M. et al, 2019).

A determinação dos intervalos digestivos deve levar em consideração a composição e o volume da refeição, que interferem no tempo de esvaziamento gástrico. Em uma refeição com vários tipos de alimentos, o esvaziamento do estômago depende do volume geral e das características dos alimentos (RAYMOND, J. L.; MORROW, K., 2022). Desta forma, refeições mistas, ou seja, aquelas que contenham carboidratos, proteínas e gorduras, bem como um volume maior, levarão a um tempo de esvaziamento gástrico maior, enquanto refeições simples, ou seja, compostas por apenas um grupo alimentar e com menor volume, como é o caso dos lanches intermediários, levarão a um tempo de esvaziamento gástrico menor.

O Quadro 2 indica as variáveis de domínio, classe e subclasse da

classificação do diagnóstico em Nutrição referente ao comportamento relativo aos intervalos digestivos desordenados, bem como o respectivo exemplo de diagnóstico segundo o modelo PES (ASBRAN, 2023).

Quadro 2 – Classificação do diagnóstico em Nutrição – *intervalos digestivos desordenados*

DOMÍNIO: COMPORTAMENTO/AMBIENTE NUTRICIONAL (NB)

CLASSE: Conhecimento e crenças (NB-1)

Subclasse: Padrão alimentar desordenado (NB-1.5)

Exemplo de diagnóstico segundo o modelo PES: “Padrão alimentar desordenado associado à prática de beliscos alimentares constantes conforme evidenciado por hipertrigliceridemia”.

Fonte: ASBRAN, 2023.

Assim, o aconselhamento nutricional quanto a este comportamento alimentar será a adoção de um número mediano de refeições por dia, qual seja, três refeições principais e um lanche, o que poderá ser aumentado para três refeições principais e dois lanches, caso a rotina diária do paciente seja muito extensa, ou diminuída para apenas três refeições principais, caso a rotina diária do paciente seja muito reduzida.

4.3.1.3 Adesão recorrente a dietas restritivas

Paradoxalmente, pessoas com excesso de peso ou obesas passam grande parte de suas vidas de dieta. Notadamente, as restrições e autoimposições das pessoas que fazem dieta parecem ter um efeito rebote, resultando em compulsão alimentar (BERNARDI, F.; CICHELERO, C.; VITOLO, M. R., 2005).

Estudos apontam que um dos mais fortes preditores de ganho de peso é a dieta para perda de peso (LANG, G. et al, 2016).

Nesse contexto, as pessoas aderem, durante uma parcela do tempo, a uma alimentação que visa apenas ao aspecto fisiológico da nutrição, abstraindo os aspectos afetivos e socioculturais da comensalidade. Isso porque uma alimentação saudável é comumente vista como algo que não pode ser prazeroso (ALVARENGA, M. et al, 2019).

Desta forma, as dietas restritivas afastam o consumo dos alimentos preferidos do praticante, anulando o prazer de comer e não permitindo que a adesão permaneça ao longo do tempo.

O Quadro 3 indica as variáveis de domínio, classe e subclasse da classificação do diagnóstico em Nutrição referente ao comportamento relativo à adesão frequente a dietas restritivas, bem como o respectivo exemplo de diagnóstico segundo o modelo PES (ASBRAN, 2023).

Quadro 3 – Classificação do diagnóstico em Nutrição – Adesão recorrente a dietas restritivas

DOMÍNIO: COMPORTAMENTO/AMBIENTE NUTRICIONAL (NB)

CLASSE: Conhecimento e crenças (NB-1)

Subclasse: Escolhas alimentares indesejáveis (NB-1.7)

Exemplo de diagnóstico segundo o modelo PES: “Escolhas alimentares indesejáveis associadas ao desejo obsessivo de ser magro conforme evidenciado por padrão de dieta crônica.”

Fonte: ASBRAN, 2023.

Assim, o aconselhamento nutricional quanto a esse tipo de comportamento alimentar desordenado será a adesão do paciente a uma alimentação variada quanto à sua composição e equilibrada quanto à quantidade, independentemente do dia da semana, ou seja, afastando tanto a privação quanto o abuso. As listas de alimentos constantes do Apêndice E trazem tanto uma orientação quanto à composição da dieta, incluindo alimentos ditos proibidos para evitar a privação e também, e na maioria, os alimentos saudáveis, e exemplos das quantidades aproximadas pertinentes, para evitar o abuso. Assim, aos poucos, o paciente desenvolve a autonomia de compor suas refeições de modo a atender suas necessidades.

As listas são apenas exemplos de composição e quantidades, pois o paciente será orientado a observar os sinais internos, verificando o que está com vontade de comer e saciando a sua fome com a comida saborosa de sua escolha e com a quantidade que sente ser suficiente (ALVARENGA, M. e al., 2019).

O paciente receberá informações sobre os malefícios de dietas altamente restritivas, como por exemplo o declínio do gasto energético total e do gasto energético de repouso, bem assim a ocorrência do “efeito sanfona”, caracterizado por períodos de perda de peso seguidos de reganho de peso (ALVARENGA, M. et al., 2019), o que gera a dificuldade de manter um corpo magro. Será orientado de que quanto menos come, mais pensa em comida, calorias e dietas, gerando fracassos repetidos e o abandono de quaisquer esforços de manter-se no comando da alimentação (ALVARENGA, M.; SCAGLIUSI, F. B.; PHILIPPI, S. T., 2011), não sendo, portanto, a privação, uma boa estratégia para emagrecer.

Com essas informações, o paciente terá mais consciência sobre a ineficácia, a longo prazo, das dietas restritivas e ficará mais encorajado para adotar uma alimentação que tenha como fundamento seguir os sinais do corpo, comendo por fome e até a saciedade, sem abrir mão de seus alimentos preferidos, com moderação, e atentando para a qualidade nutricional das refeições.

4.3.1.4 Realização de atividades concomitantes ao ato de comer

O ato de se alimentar deve ser feito em ambiente tranquilo, prestando atenção ao que se come, sem distrações que possam afetar a percepção daquilo e do quanto se come e alcançar os níveis de satisfação que os alimentos podem oferecer. As características do ambiente em que se fazem as refeições interferem na quantidade de alimentos ingeridos e a presença de outras pessoas e as distrações do ambiente, tanto externas como as práticas individuais como comer na frente do computador ou da TV ou utilizando o celular, interferem na atenção e na consciência do que e do quanto se come (ALVARENGA, M. et al, 2019).

As telas têm ocupado lugar de destaque no âmbito familiar, levando a profundas mudanças no estilo de vida da população. Hábitos tradicionais de reuniões familiares ao redor da mesa vêm sendo substituídos por hábitos modernos de alimentar-se em frente a telas, como TV e celular, levando as pessoas, em geral, a não prestarem atenção ao que consomem e a não mastigarem de maneira adequada. A distração provocada pelas telas interfere nos sinais fisiológicos de fome e saciedade, levando a escolhas alimentares inadequadas, com consumo exacerbado de produtos de elevado teor calórico e baixo teor de nutrientes

(OLIVEIRA, J. S. et al, 2016), sendo que os indivíduos tendem a consumir alimentos de forma excessiva e desatenta enquanto, por exemplo, assistem à TV (MAIA, E. G. et al., 2016).

A realização de refeições com distratores, seja a TV, *smartphones* ou pela leitura de textos impressos aumenta significativamente a quantidade de comida ingerida na refeição (SPENCE, C.; MANCINI, M.; HUISMAN, 2019).

Vários experimentos controlados demonstraram que a alimentação distraída pode levar à redução da percepção do paladar e pode aumentar a ingestão alimentar imediata e posterior (MEER, A. V. et al, 2022), além do que, comer de maneira “distraída” gera menor percepção dos sinais precoces de saciedade e menor lembrança do quanto foi consumido enquanto se realizava outra atividade, tornando-se um possível fator determinante para uma maior ingestão no momento da refeição distraída ou na refeição seguinte (ARENA, M. S., 2021).

Essa situação foi acentuada com a maior adesão ao trabalho remoto, principalmente a partir da pandemia de Covid-19 em 2020, pois, ao realizarem as atividades profissionais em seus lares, as pessoas passaram a ter mais liberdade de fazer refeições intermediárias durante o expediente, bem assim o acesso aos alimentos ficou mais facilitado, o que aumenta a ingesta alimentar durante todo o dia. Neste cenário, estudos apontam que uma das estratégias para manter um bom estado nutricional é comer em horários regulares e em ambiente tranquilo, o que vai ao encontro das recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira (SILVA., T. A. et al, 2022).

Em um cenário em que o excesso de peso tem sido uma constante, esse comportamento alimentar torna-se preocupante.

O Quadro 4 indica as variáveis de domínio, classe e subclasse da classificação do diagnóstico em Nutrição referente ao comportamento relativo à execução de atividades concomitantes ao ato de comer, bem como o respectivo exemplo de diagnóstico segundo o modelo PES (ASBRAN, 2023).

Quadro 4 – Classificação do diagnóstico em Nutrição – atividades

concomitantes ao ato de comer.

DOMÍNIO: COMPORTAMENTO/AMBIENTE NUTRICIONAL (NB)

CLASSE: Conhecimento e Crenças (NB-1_

Subclasse: Padrão alimentar desordenado (NB-1.5)

Exemplo de diagnóstico segundo o modelo PES: “Padrão alimentar desordenado associado ao comer distraído conforme evidenciado por ingestão estimada de grande quantidade de alimentos em período definido de tempo”.

Fonte: ASBRAN, 2023.

Por outro lado, estudos apontam que comer com atenção plena gera resultados satisfatórios no que concerne aos aspectos físicos dos indivíduos com excesso de peso, com a redução significativa do peso e do ICM (BARBOSA, M. R.; PENAFORTE, F. R. O.; SILVA, A. F. S., 2020).

Por isso, para o tratamento do excesso de peso e da obesidade, a mudança desse comportamento alimentar é de suma importância.

O aconselhamento nutricional relativo a este comportamento alimentar inadequado será a proposta de fazer as refeições à mesa, sem o uso de equipamentos eletrônicos ou outros elementos de distração do ato de comer, sugerindo, tanto quanto possível, que as refeições sejam feitas em família. Ademais, o paciente será orientado a não realizar outras tarefas enquanto se alimenta, como trabalhar, estudar, assistir à TV, usar o celular, ler, entre outros. Para tanto, a mudança poderá ser gradual, iniciando-se com a possibilidade de fazer a refeição acomodado no sofá, porém sem aparelhos eletrônicos ligados e mais tarde, fazendo as refeições à mesa, sem outras distrações.

Para aumentar a adesão do paciente à nova rotina, ele será informado dos prejuízos de não prestar atenção ao alimentar-se, pois a distração durante a refeição impede que a pessoa saboreie o alimento, faz com que se coma sem estar com fome ou não se registre o que está comendo, aumentando a probabilidade de comer demais ou de não identificar a saciedade (ALVARENGA, M. et al, 2019). Importante também que o paciente seja alertado que o comer distraído (assistindo à TV ou com o uso de *smartphones*) resulta num aumento significativo da ingestão calórica (SPENCE, C.; MANCINI, M.; HUISMAN, G., 2019), e todos esses fatores

podem levar ao aumento de peso.

4.3.2 Intervenção nutricional qualitativa

Concomitantemente ao aconselhamento nutricional relativo aos comportamentos alimentares inadequados, será feita uma recomendação nutricional qualitativa para o consumo alimentar do paciente.

De fato, apesar de tratar-se de um protocolo de atendimento nutricional com foco no comportamento alimentar, não se pode deixar de lado a questão do consumo alimentar, pois este é muitas vezes influenciado pelos comportamentos alimentares transtornados, sendo que fazer alterações no consumo propriamente dito parece-nos mais simples e rápido, ao mesmo tempo em que se usam estratégias para alterar o comportamento alimentar, tarefa mais complexa e que requer mais tempo para sedimentação.

No momento de fazer uma escolha alimentar, os indivíduos com consumo alimentar transtornado (insuficiente ou exagerado) ficam perdidos, contam calorias, pesam as porções de alimentos, preocupam-se com o que é cientificamente permitido e fazem suas opções pautadas em regras sobre o que e quanto o outro define como correto (ALVARENGA, M. et al, 2019). Nesse sentido, este protocolo propõe práticas diferentes da prescrição de dietas e estimula uma conexão com os sinais internos da regulação alimentar.

Com a finalidade de transpor a irregularidade no consumo alimentar relativo ao que e ao quanto comer, o protocolo ora proposto não fornecerá isoladamente uma prescrição dietética tendente a indicar ao paciente o que e quanto comer, em que pese fornecerá informações a respeito dos grupos alimentares que uma refeição deve ou pode conter, indicando listas de alimentos de cada grupo alimentar e exemplos de porções em medidas caseiras, para livre escolha do paciente, que desenvolverá a autonomia de montar sua própria dieta. Essas porções serão ajustadas de acordo com o estado nutricional e fisiológico de cada paciente.

Para auxiliar e incentivar o paciente nesse percurso, conforme mencionado no tópico referente aos Métodos, será usado o componente cognitivo, ou seja, serão transmitidas ao paciente informações a respeito de nutrição, alimentação e

hábitos alimentares, de forma a alcançar uma maior adesão ao tratamento. Para exemplificar essa ferramenta, pode-se abordar o paciente informando-o sobre algumas das funções dos macronutrientes, fibras e micronutrientes no organismo, com a finalidade de inspirá-lo a adotar uma alimentação variada. Assim, pode-se informar o paciente de que os carboidratos são a principal fonte de energia para as atividades do dia a dia, as proteínas promovem a formação e a reparação dos tecidos, os lipídeos são importantes reservas energéticas e importantes precursores dos hormônios esteroides, as fibras alimentares diminuem o colesterol e a glicose no sangue, além de aumentar o tempo de esvaziamento gástrico, aumentando a saciedade e facilitando o emagrecimento, e que os micronutrientes são essenciais para o bom funcionamento do organismo humano e para evitar várias doenças (GROPPER, S. S.; SMITH, J. L.; GROFF, J. L., 2020). Assim informado, naturalmente com linguagem acessível ao seu nível sociocultural, o paciente terá mais predisposição para decidir consumir todos os alimentos que contenham esses componentes do que o paciente que não detém esse conhecimento e possa achar que determinados grupos alimentares podem ser banidos da dieta com a finalidade de reduzir a ingesta calórica.

Assim, concomitantemente ao aconselhamento nutricional quanto aos comportamentos alimentares inadequados, será feita uma recomendação nutricional no consumo alimentar do paciente, porém sem fornecer cardápios prontos com quantidades de calorias, mas serão fornecidas listas de alimentos, separadas por grupos alimentares (SILVA, 2019; PHILLIPPI, 2019; DOMENE, 2018; BRASIL, 2014), para que o próprio indivíduo opte por um alimento de cada grupo alimentar e componha os cardápios de suas refeições, de acordo com o que sente vontade ou necessidade de ingerir naquela refeição e para promover um bom aporte nutricional. Essas listas de alimentos conterão exemplos de porções de cada item escolhido, de acordo com o padrão clínico e fisiológico do paciente. Como é importante desencorajar a contagem de calorias e a pesagem dos alimentos, as tabelas de alimentos divididas por grupos alimentares fornecerão exemplos de porções em medidas caseiras (ALVARENGA, M. et al, 2019).

Desta forma, serão fornecidas listas de alimentos e exemplos de porções, separadas por Carboidratos; Proteínas, Gorduras; Frutas; Verduras e Legumes. O

paciente será instruído a variar as suas escolhas durante o dia e também durante a semana, para garantir a variedade dos alimentos e o aporte nutricional necessário para a boa saúde.

O Apêndice E traz as listas de alimentos para a montagem dos cardápios das refeições pelo paciente e serão a ele fornecidas na primeira consulta, com as instruções de utilização. Assim, o paciente escolherá um item de cada grupo alimentar – Carboidratos, Gorduras, Proteínas e Frutas – e dois itens do Grupo Verduras e Legumes para compor cada uma de suas refeições. Os itens de cada grupo alimentar poderão ser divididos, de modo que o paciente possa escolher dois itens de cada grupo pela metade da porção. As listas de alimentos conterão prioritariamente alimentos saudáveis, mas também englobarão alguns alimentos ditos não saudáveis, mas que não serão proibidos neste protocolo, como doces, chocolates e pizza, por exemplo. A intenção é que o paciente aprenda a compor seu cardápio comendo de tudo, porém com moderação.

Com base nas listas de alimentos fornecidas, trazemos um exemplo de cardápio diário que o paciente poderia montar em um dia: Café da manhã: pão francês (1 unidade); omelete: ovos (2 unidades médias), cenoura ralada (1 xícara de chá) e tomate cereja (10 unidades); abacate (1/2 xícara de chá); mamão papaia (1/2 unidade). Almoço: arroz branco cozido (5 colheres de sopa); feijão carioca cozido (1/2 xícara de chá); peito de frango grelhado (2/3 de um filé médio); brócolis cozidos (1 xícara de chá); couve-flor cozida (1 xícara de chá); azeite de oliva extravirgem (1 colher de sopa); mexerica (1 unidade pequena). Lanche da tarde: amêndoas (12 unidades). Jantar: pizza de muçarela (2 fatias médias); rúcula (1 prato de sobremesa); escarola refogada (1 prato de sobremesa); morango (15 unidades); creme de leite (2 colheres de sopa).

4.4. MONITORAMENTO

O Acompanhamento de Nutrição tem o objetivo de avaliar a resposta às intervenções realizadas a partir do diagnóstico de nutrição, além de identificar novos diagnósticos e estabelecer novos objetivos (FIDELIX, M. S. P., 2014).

O monitoramento do progresso alcançado pelo paciente neste protocolo de atendimento será feito através de retornos mensais, portanto consiste em um

acompanhamento mais prolongado do paciente em relação aos atendimentos nutricionais convencionais, em que se prevê apenas uma consulta e no máximo um retorno. Nos retornos mensais, será reavaliado o consumo alimentar e a dessensibilização quanto aos comportamentos alimentares irregulares detectados na avaliação inicial e no diagnóstico. Para tanto, serão aplicados novamente os questionários indicados no tópico 4.1.4 e realizada conversa com o paciente para avaliar os seus progressos, dificuldades e, se necessário, estabelecer novas estratégias e metas. Será realizada, novamente, a antropometria e, se necessário, solicitados novos exames bioquímicos.

5 CONCLUSÃO

Neste trabalho, foi desenvolvido um protocolo de atendimento nutricional para adultos com sobrepeso ou obesidade, com foco na mudança de comportamento alimentar. O objetivo principal é promover um relacionamento saudável com a comida, sendo o emagrecimento um dos possíveis resultados do atendimento nutricional, dentre outros benefícios que envolvem um estilo de vida mais saudável, como por exemplo transformar o paciente no agente do próprio cuidado nutricional.

As abordagens para combater o excesso de peso e a obesidade são ainda um grande desafio, pois envolvem questões muito complexas (comportamentais, fisiológicas, culturais e ambientais). Desenvolver novos métodos para combater o excesso de peso e a obesidade e trabalhar não apenas a prescrição dietética, mas também os comportamentos alimentares transtornados, é de suma importância para afastar seu alto índice de ocorrência na modernidade e as patologias a eles associadas.

Sendo este protocolo um instrumento que demanda intervenção duradoura do Nutricionista, ele se presta também a valorizar o profissional de Nutrição, que elabora não apenas a prescrição dietética, mas também imprime uma relação profissional interpessoal com o paciente, visando conhecer as motivações de seu comportamento alimentar e propor estratégias para alcançar uma melhor condição de saúde e um melhor relacionamento com os alimentos.

REFERÊNCIAS

ALVARENGA, M. et al. **Nutrição Comportamental**. 2. ed. revisada e atualizada: Manole, 2019.

ALVARENGA, M.; SCAGLIUSI, F. B.; PHILIPPI, S. T. **Nutrição e transtornos alimentares: avaliação e tratamento**. Barueri, SP: Manole, 2011. – (Guias de nutrição e alimentação; 3 / Sonia Tucunduva Philippi, coordenadora).

ARENA, M. S. **Associação entre a alimentação com atenção plena (*Mindful Eating*), consumo e escolhas alimentares: revisão da literatura**. XXIX Congresso de Iniciação Científica UNICAMP 2021. Disponível em: <https://www.prp.unicamp.br/inscricao-congresso/resumos/2021P18334A35994O5692.pdf>. Acesso em 12 abr 2024.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO – ASBRAN. **ASBRAN lança manual sobre cuidado de nutrição. 2014.** Disponível em: <https://www.asbran.org.br/noticias/1265/asbran-lanca-manual-sobre-cuidado-de-nutricao>. Acesso em 14 maio 2024.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO - ASBRAN. **Fundamentos da padronização internacional do processo e da terminologia de cuidado em Nutrição.** 2023. Disponível em: <https://www.asbran.org.br/storage/downloads/files/2023/12/manual-fundamentos-da-padronizacao-internacional-do-pcn-1702561463.pdf>. Acesso em 21 jun 2024.

AZEVEDO, E. C. de C. et al. **Padrão alimentar de risco para as doenças crônicas não transmissíveis e sua associação com a gordura corporal - uma revisão sistemática.** Ciência & Saúde Coletiva, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/JpgXwQGs7T6QBz3QgdJfMBH/#>. Acesso em 08 set 2023.

BARBOSA, M. R.; PENAFORTE, F. R. O.; SILVA, A. F. S. **Mindfulness, mindful eating e comer intuitivo na abordagem da obesidade e transtornos alimentares.** PEPSIC: Periódicos Eletrônicos em Psicologia. SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.) vol.16 no.3 Ribeirão Preto jul./set. 2020. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762020000300013. Acesso em 12 abr 2024.

BERNARDI, F.; CICHELERO, C.; VITOLO, M. R. Comportamento de restrição alimentar e obesidade. Scielo Brasil. Revista de Nutrição. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rn/a/whSXMSPfNbNy4MmjxCWvjxF/abstract/?lang=pt>. Acesso em 10 nov 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. **04/3 – Dia Mundial da Obesidade.** 2023. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/04-3-dia-mundial-da-obesidade/#:~:text=Pela%20defini%C3%A7%C3%A3o%20da%20Organiza%C3%A7%C3%A3o%20Mundial,24%2C9%20kg%2Fm2>. Acesso em 31 ago 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Alimentar para a População Brasileira.** 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf. Acesso em 01 nov 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O impacto da obesidade.** 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/eu-quero-ter-peso-saudavel/noticias/2022/o-impacto-da-obesidade>. Acesso em 08 set 2023.

DAYAN, P. H. et al. **Uma nova perspectiva clínica: Tratar a obesidade com orientação nutricional versus dietas com restrição calórica.** ELSEVIER. ScienceDirect. 2019. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0899900718305562?via%3Dihu>

b. Acesso em 24 mar 2024.

DOMENE, Semíramis Martins Álvares. **Técnica dietética: teoria e aplicações**. 2. Rio de Janeiro Guanabara Koogan 2018 1 recurso online ISBN 9788527733571.

CANESQUI, A. M.; **Antropologia e Nutrição: um diálogo possível. Parte I. Olhares Antropológicos sobre a Alimentação. Comentários sobre os estudos antropológicos da Alimentação**. Scielo Books. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. Disponível em:
<https://static.scielo.org/scielobooks/v6rkd/pdf/canesqui-9788575413876.pdf>.
 Acesso em 26 jan 2024.

FIDELIX, M. S. P. **Manual Orientativo: Sistematização do Cuidado de Nutrição**. Associação Brasileira de Nutrição - ASBRAN, 2014. Disponível em:
<https://www.asbran.org.br/storage/arquivos/PRONUTRI-SICNUT-VD.pdf>. Acesso em 05 fev 2024.

FISBERG, R. M.; MARCHIONI, D. M. L.; COLUCCI, A. C. A. **Avaliação do consumo alimentar e da ingestão de nutrientes na prática clínica**. Scielo Brasil. 2009. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/abem/a/y96PnbFww5kJDSfdYfpDsqi/>. Acesso em 05 fev 2024.

GALISA, M. S. et al. **Educação alimentar e nutricional: da teoria à prática**. 1 ed, Rio de Janeiro: Roca, 2014. Recurso online ISBN 978-85-277-2575-0.

GAUCHE, H.; CALVO, M. C. M.; ASSIS, M. A. A. **Ritmos circadianos de consumo alimentar nos lanches e refeições de adultos: aplicação do semanário alimentar**. Scielo Brasil. Revista de Nutrição. 2006. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rn/a/GqwwYsxYrb4pXtpxswG3Tcn/#>. Acesso em 14 maio 2024.

GROPPER, S. S.; SMITH, J. L.; GROFF, J. L. **Nutrição Avançada e Metabolismo Humano**. Tradução da 5. ed. norte americana. São Paulo: Cengage Learning, 2020.

GRZELKA, K. et al. **Um amplificador sináptico da fome para recuperar o peso corporal no hipotálamo**. National Library of Medicine, 2023. Disponível em:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36965483/>. Acesso em 24 mar 2024.

JOMORI, M. M.; PROENÇA, R. P. C; CALVO, M. C. M. **Determinantes de escolha alimentar**. Revista de Nutrição, 2008. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rn/a/kgXSTmYNgrjFQjCY9HWGPqv/#>. Acesso em 09 out 2023.

LA BOUNTY, P. M. et al. **Posição da Sociedade Internacional de Nutrição Esportiva: frequência das refeições**. BMC: Part of Springer Nature. *Jornal da Sociedade Internacional de Nutrição Esportiva*. 2011. Disponível em:
<https://jissn.biomedcentral.com/articles/10.1186/1550-2783-8-4>. Acesso em 14

maio 2024.

LANG, G. et al. **Os determinantes da escolha alimentar**. Cambridge Core. 2019. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/proceedings-of-the-nutrition-society/article/determinants-of-food-choice/BD52A32B893967EB025706AAAB432369>. Acesso em 32 mar 2024.

MARTINS, C. **Diagnósticos em Nutrição. Fundamentos e Implementação da Padronização Internacional**. Porto Alegre: Artmed, 2016.

MEER, A. V. et al. **Padrões de consumo diário distraído e sua relação com o IMC**.

PubMed. ScienceDirect. 2022. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0195666322002276?via%3Dihub>. Acesso em 17 out 2023.

OLIVEIRA, N.; FREITAS, M. C. S. **Fast Food: um aspecto da modernidade alimentar**. Scielo Books, 2008. Salvador: EDUFBA. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/9q/pdf/freitas-9788523209148-14.pdf>. Acesso em 26 jan 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Obesidade e excesso de peso**. 2024. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>. Acesso em 13 maio 2024.

PHILLIPPI, Sonia Tucunduva. **Nutrição e técnica dietética**. 4. Barueri Manole 2019 1 recurso online (Guias de nutrição e alimentação). ISBN 9788520454312.

RAYMOND, J. L.; MORROW, K. KRAUSE & MAHAN: **Alimentos, nutrição e dietoterapia**. 15. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2022.

SILVA, Sandra Maria Chemin Seabra da. **Cardápios: guia prático para a elaboração**. 4. Rio de Janeiro Roca 2019 1 recurso online ISBN 9788527735360.

SILVA, T. A. et al. **Entre orientações e normatizações: cartilhas brasileiras sobre alimentação e nutrição no contexto da pandemia de covid-19**. Scielo Brasil. Sociedade e Saúde. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/zfrghjtmSGrNx7bJbPG3GQG/#>. Acesso em 07 abr 2024.

SPENCE, C.; MANCINI, M.; HUISMAN, G. Digital. **Commensality: Eating and Drinking in the Company of Technology**. National Library of Medicine. PubMed Central. 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6794350/>. Acesso em 17 out 2023.

ST-ONGE, M. P. et al. **Meal Timing and Frequency: Implications for Cardiovascular Disease Prevention**. National Library of Medicine. National Center for Biotechnology Information. PubMed Central. 2017. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8532518/>. Acesso em 16 out 2023.

UNICEF BRASIL. **Relatório da ONU: Números globais de fome subiram para cerca de 828 milhões em 2021**. 2022. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/comunicados-de-imprensa/relatorio-da-onu-numeros-globais-de-fome-subiram-para-cerca-de-828-milhoes-em-2021>. Acesso em 14 maio 2024.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. **Recordatório alimentar de 24 horas**. São Paulo: USP, 2016. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7368669/mod_folder/content/0/Recordat%C3%B3rio%20Alimentar%20-%20FOIS%20v5.pdf. Acesso em 05 abr 2024.

WEBDIET. **Software de Nutrição**. Disponível em: <https://webdiet.com.br/>. Acesso em 28 jun 2024.

APÊNDICE A – Ficha de Anamnese**ANAMNESE**

Nome:

Data de nasc.:

Idade:

Endereço:

Profissão:

Peso atual:

Peso desejado:

Altura:

Toma algum medicamento de forma constante? Quais?

Tem diabetes?

Tem pressão alta?

Tem triglicérides alto?

Tem colesterol alto?

Já fez alguma cirurgia? Qual?

Tem histórico de doenças na família? Qual doença e qual membro da família?

Tem alguma intolerância alimentar? Qual?

Tem alguma alergia alimentar? A qual alimento?

Horário de deitar?

Horário de levantar?

Quantas horas dorme por noite?

Pratica atividade física? Qual?

Quais os alimentos preferidos?

Possui aversão a algum tipo de alimento?

Quantos copos de água toma por dia?

Já fez dietas para emagrecer? Quais?

Chegou a emagrecer e depois ganhou peso novamente?

Qual o motivo principal pelo qual procurou uma Nutricionista?

APÊNDICE B – Recordatório alimentar de 24 horas

Nome do paciente: _____

REFEIÇÃO	ALIMENTO OU BEBIDA	QUANTIDADE (Medida Caseira)	QUANTIDADE (Gramas)
Café da manhã Horário: _____			
Lanche da Manhã Horário: _____			
Almoço Horário: _____			
Lanche da Tarde Horário: _____			
Jantar Horário: _____			
Ceia Horário: _____			
Beliscos: Horários: _____			
Quantidade de água ingerida durante o dia:	_____ copos (_____ ml)		

Fonte: Adaptado pela autora da Universidade de São Paulo

APÊNDICE C – Diário Alimentar

Nome do paciente: _____

Dia / / - Dia da semana: [illegible]

Fonte: Desenvolvido pela autora

APÊNDICE D – Questionário de investigação de comportamentos alimentares

Nome do paciente: _____

**QUESTIONÁRIO DE INVESTIGAÇÃO DE COMPORTAMENTOS
ALIMENTARES**

Você sente que come mais depressa e quantidades maiores depois de passar várias horas sem comer?

() Sim () Não

Você “belisca” alimentos entre as refeições?

() Sim () Não

Você consome alimentos sem estar no horário de sua refeição motivado pela aparência ou pelo aroma?

() Sim () Não

Você come depressa, engolindo rapidamente os alimentos?

() Sim () Não

Você ingere bebidas e alimentos em quantidades maiores quando está em eventos sociais?

() Sim () Não

Você consegue recusar um alimento que foi feito especialmente para você se estiver sem fome?

() Sim () Não

Você come maior quantidade de alimento quando a comida “já está paga” (hotéis, *buffets*)?

() Sim () Não

Você come comida de *fast-food* ou *delivery* com frequência?

() Sim () Não

Você faz dietas alimentares sugeridas por amigos ou encontradas na *internet* com frequência?

() Sim () Não

Você “corta” grupos alimentares ou faz jejum como estratégia para emagrecer?

() Sim () Não

Você faz outras atividades enquanto se alimenta (assistir TV, falar ao celular,

ler, trabalhar, estudar)?

☐ Sim ☐ Não

Você adquire e ingere alimentos motivado (a) pelas propagandas?

☐ Sim ☐ Não

Você já ingeriu uma grande quantidade de comida ou consumiu seus alimentos preferidos no dia anterior ao início de uma dieta, para “se despedir”?

☐ Sim ☐ Não

Você já comeu compulsivamente após um período de privação de determinados alimentos (ex. Dietas restritivas)?

☐ Sim ☐ Não

Você come maior quantidade de alimento ou tem vontade de comer “algo gostoso” quando está ansioso?

☐ Sim ☐ Não

Você come maior quantidade de alimento ou tem vontade de comer “algo gostoso” quando está cansado?

☐ Sim ☐ Não

Você come quantidade maior de alimento ou tem vontade de comer “algo gostoso” quando está solitário?

☐ Sim ☐ Não

Você come quantidade maior de alimentos ou tem vontade de comer “algo gostoso” quando não obteve êxito em realizar uma tarefa?

☐ Sim ☐ Não

Você come maior quantidade de alimentos quando teve um “dia difícil”?

☐ Sim ☐ Não

Você come a sobremesa mesmo se já estiver saciado com o prato principal?

☐ Sim ☐ Não

Você considera que para ingerir uma bebida (exceto água) ou comer sobremesa não precisa estar com fome?

☐ Sim ☐ Não

APÊNDICE E – Listas de alimentos separados por grupos alimentares

CARBOIDRATOS (cereais, tubérculos, bebidas e guloseimas):

Alimento	Exemplos de Porção*
Arroz branco cozido	5 colheres de sopa
Arroz integral cozido	5 colheres de sopa
Batata inglesa cozida	1 xícara de chá
Batata-baroa (mandioquinha) cozida	1 xícara de chá
Batata doce cozida	1 xícara de chá
Aveia em flocos	2 colheres de sopa
Açúcar	1 colher de sopa
Água de coco	2 copos americanos
Biscoito de água salgado	3 Unidades
Bolacha de arroz grande	4 Unidades
Bolo de laranja caseiro simples	1 fatia média
Canjica branca de milho cozida (sem açúcar)	1 xícara de chá
Chocolate ao leite	2 quadrados pequenos
Cuscuz marroquino cozido	5 colheres de sopa
Farofa de mandioca temperada com sal	5 colheres de sopa
Geleia sem açúcar	4 colheres de sopa
Geleia com açúcar	1 colher de sopa
Inhame (cará) cozido	1 xícara de chá
Macarrão cozido	1 pires de chá
Mandioca (aipim, macaxeira, maniva) cozida	1 xícara de chá
Mel de abelha	2 Colheres de sopa rasa
Nhoque cozido	1 pires de chá
Pão de forma	2 fatias
Pão de forma integral	2 fatias
Pão francês	1 Unidade
Pão de queijo assado	3 Unidades pequenas
Pão para hot dog	1 Unidade
Pão sírio	1 Unidade
Pão bisnaguinha	2 Unidades
Pipoca	2 copos americanos
Pizza de muçarela (inclui o carboidrato e a proteína)	2 Fatias médias
Quinoa cozida	5 colheres de sopa
Tapioca (goma)	2 Colheres de sopa
Torrada	2 Unidades
Vinho tinto	1 taça
Cocada branca	1 unidade pequena
Doce de leite cremoso	1 Colher de sopa
Quindim	1 Unidade
Doce de abóbora cremoso	1 Colher de sopa

Cerveja Pilsen	1 Copo americano
Cachaça	1 Dose
Sorvete de creme	1 Bola
Picolé industrializado com suco de fruta	1 Unidade

*Os exemplos de porções serão adaptados de acordo com o estado nutricional e fisiológico de cada paciente.

GORDURAS (óleos, sementes e oleaginosas):

Alimento	Exemplos de Porção*
Abacate	½ xícara de chá
Azeite de oliva extravirgem	1 Colher de sopa
Amêndoa	12 Unidades
Castanha de caju sem sal	5 Unidades
Achocolatado em pó	1 Colher sopa
Castanha do Brasil (castanha do Pará, castanha da Amazônia)	3 Unidades
Chocolate amargo 70% cacau	3 quadrados pequenos
Coco seco ralado	1 colher de sopa
Coco fresco	1 colher de sopa
Cream cheese light	1 Colher de sopa
Creme de leite enlatado UHT	2 Colheres de sopa
Leite de coco	1/3 de xícara de chá
Leite de amêndoa	½ copo americano
Maionese tradicional	1 Colher de sopa
Manteiga	2 Colher chá
Margarina	1 Colher chá
Nozes	2 Unidades inteiras
Óleo de coco	1 Colher de sopa
Óleo de soja	1 Colher sopa
Pasta de amendoim	1 Colher de sopa
Semente de chia	1 Colher de sopa
Semente de linhaça	1 Colher de sopa
Semente de gergelim	1 Colher de sopa
Semente de girassol	1 Colher de sopa
Semente de abóbora	1 Colher de sopa
Tahine	1 colher de chá
Pistache	12 Unidades

*Os exemplos de porções serão adaptados de acordo com o estado nutricional e fisiológico de cada paciente.

PROTEÍNAS (carnes, peixes, ovos, leite e derivados, leguminosas):

Alimento	Exemplos de Porção*
Atum assado/grelhado	1 Filé médio
Bacalhau dessalgado cozido	1 e ½ xícaras de chá
Bisteca de porco grelhada	1 Pedaco médio
Camarão sem casca refogado	1 xícara de chá
Carne moída refogada	1 e ½ xícaras de chá

Ervilha cozida	2 xícaras de chá
Feijão carioca cozido	2 xícaras de chá
Filé de frango grelhado	1 filé médio
Sobrecoxa de frango assada	2 Unidades pequenas
Grão-de-bico cozido	2 xícaras de chá
Hambúrguer caseiro	1 Unidade média
Iogurte natural desnatado	2 Unidades
Iogurte natural integral	1 e ½ Unidades
Lagarto refogado	1 Filé médio
Leite de vaca desnatado UHT	2 Copos americanos
Leite de vaca integral UHT	1 Copo americano
Leite de soja	2 Copos americanos
Leite de vaca desnatado em pó	4 Colheres de sopa
Leite de vaca integral em pó	2 Colheres de sopa chei
Lentilha cozida	2 xícaras de chá
Lombo de porco assado	1 Pedaco médio
Lula cozida	3 Unidade
Queijo muçarela	4 Fatias médias
Ovo de galinha	2 Unidades
Peito de peru	4 Fatias médias
Filé de peixe cozido	2 Filés médios
Filé de peixe grelhado/assado	2 Filés médios
Filé de peixe frito	1 Filé médio
Presunto fatiado	4 Fatias médias
Queijo minas frescal	2 Fatias médias
Queijo coalho	1 Unidade
Queijo parmesão	2 colheres de sopa
Requeijão	2 Colher de sopa
Ricota	1 e ½ xícaras de chá
Salsicha de hot dog	1 Unidade
Sashimi de salmão	8 Unidades
Sashimi de atum	6 Unidade
Soja cozida	1 e ½ xícaras de chá
Tofu	2 xícaras de chá
Tremoço	2 xícaras de chá
Miolo de alcatra grelhada	1 Filé médio
Picanha grelhada	1 Filé médio
Cupim assado	1 Pedaco médio
Filé mignon grelhado	1 Filé médio
Capa de contra-filé grelhada	1 filé médio
Músculo cozido	1 xícara de chá
Patinho grelhado	1 filé médio
Pizza de muçarela (inclui carboidrato e proteína)	2 Fatias médias

*Os exemplos de porções serão adaptados de acordo com o estado nutricional e fisiológico de cada paciente.

FRUTAS:

Alimento	Exemplos de Porção*
Abacaxi	1 Fatia média
Acerola	10 Unidade
Açaí (polpa)	1 colher de sopa
Ameixa	2 Unidades pequenas
Ameixa seca (sem açúcar)	3 Unidades
Amora preta	1 Xícara chá
Banana nanica	1 Unidade pequena
Banana maçã	1 Unidade média
Banana prata	1 Unidade pequena
Caju	1 Unidade
Caqui	1 Unidade pequena
Carambola	1 Unidade média
Cereja	10 Unidades
Damasco seco	2 Unidades
Figo	2 Unidades
Framboesa	1 xícara de chá
Goiaba	1 Unidade pequena
Jabuticaba	12 Unidade
Jaca	3 Bagos
Kiwi	1 Unidade média(s)
Laranja	1 Unidade pequena
Laranja Lima	1 Unidade pequena
Maçã	1 Unidade pequena
Mamão formosa	1 fatia média
Mamão papaia	Meia Unidade pequena
Manga	Meia Unidade média
Maracujá amarelo (polpa)	1 Unidade média
Melancia (sem a casca)	1 Fatia grande
Melão (sem a casca)	1 Fatia grande
Mexerica murcote	1 Unidade pequena
Mexerica Ponkan	1 Unidade pequena
Mirtilo	1 xícara de chá
Morango	15 Unidades médias
Nectarina	1 Unidade média
Pera	1 Unidade pequena
Pêssego	2 Unidades médias
Pitaia branca	1 Unidade pequena
Pitaia vermelha	1 Unidade pequena

*Os exemplos de porções serão adaptados de acordo com o estado nutricional e fisiológico de cada paciente.

VERDURAS E LEGUMES:

Alimento	Exemplos de Porção*
Abóbora Cabotiá (japonesa)	1 xícara de chá
Abobrinha italiana cozida	1 xícara de chá

Acelga crua	1 Prato de sobremesa
Agrião	1 Prato de sobremesa
Alcachofra cozida	1 Unidade(s) média(s)
Alface	1 Prato de sobremesa
Alho-poró	1 xícara de chá
Almeirão	1 Prato de sobremesa
Aspargo cozido	4 unidades
Berinjela	1 xícara de chá
Beterraba cozida	1 xícara de chá
Brócolis cozido	1 xícara de chá
Broto de feijão	1 Prato de sobremesa
Cenoura cozida	1 xícara de chá
Cenoura crua	1 xícara de chá
Chuchu cozido	1 xícara de chá
Cogumelo Shimeji cozido	1 xícara de chá
Cogumelo Shitake cozido	1 xícara de chá
Couve de Bruxelas cozida	1 prato de sobremesa
Couve-flor cozida	1 xícara de chá
Couve-manteiga cozida	1 prato de sobremesa
Escarola	1 prato de sobremesa
Espinafre cozido	1 prato de sobremesa
Jiló com casca assado	1 xícara de chá
Maxixe cozido	1 xícara de chá
Nabo cozido	1 xícara de chá
Palmito em conserva	1 xícara de chá
Pepino	1 xícara de chá
Pimentão amarelo	1 xícara de chá
Pimentão verde	1 xícara de chá
Pimentão vermelho	1 xícara de chá
Quiabo	1 xícara de chá
Rabanete	1 xícara de chá
Repolho	1 prato de sobremesa
Repolho branco cozido	1 prato de sobremesa
Repolho roxo cozido	1 prato de sobremesa
Rúcula	1 prato de sobremesa
Tomate	1 xícara de chá
Tomate cereja	10 Unidade(s) (100g)
Vagem cozida	1 xícara de chá

*Os exemplos de porções serão adaptados de acordo com o estado nutricional e fisiológico de cada paciente. **Fonte: desenvolvido pela autora**