

■ CADERNOS DE ■
■ ATENÇÃO BÁSICA ■

obesidade

obesidade

12

CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA

MINISTÉRIO DA SAÚDE

OBESIDADE



Saúde da Família

Cadernos de Atenção Básica - n.º 12

Brasília - DF
2006



CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA

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

OBESIDADE

Cadernos de Atenção Básica - n.º 12
Série A. Normas e Manuais Técnicos

Brasília - DF
2006

© 2006 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é de responsabilidade da área técnica.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada na íntegra na Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>

Cadernos de Atenção Básica, n. 12

Série A. Normas e Manuais Técnicos

Tiragem: 1.ª edição - 2006 - 50.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção à Saúde

Departamento de Atenção Básica

SEPNI 511, bloco C, Edifício Bittar IV, 4.º andar

CEP: 70058-900, Brasília - DF

Tels.: (61) 3448-8040

Fax.: (61) 3448-8248

Homepage: www.saude.gov.br/nutricao

Supervisão Geral:

Luis Fernando Rolim Sampaio e Antonio Dercy Silveira Filho

Equipe de elaboração:

Ana Beatriz Vasconcellos (Coordenadora Geral da Política de Alimentação e Nutrição)

Jorginete de Jesus Damião (INAD/RJ)

Sheila Rotenberg (INAD/RJ)

Suzete Marcolan (INAD/RJ)

Colaboradores especiais:

Ana Paula Machado Lins (INAD/RJ)

Anelise Rizzolo de Oliveira Pinheiro (CGPAN/DAB/SAS)

Clarice Terra Fagundes (INAD/RJ)

Fabiana Pereira Kessler (INAD/RJ)

Inês Rugani Ribeiro de Castro (INAD/RJ)

Luciene Burlandy (UFF/RJ)

Rosane Valéria Viana Fonseca Rito (INAD/RJ)

Thais Salema Nogueira de Souza (Conselho Regional de Nutricionista - 4ª Região)

Revisão técnica:

Andréa Leitão Ribeiro (CGAB/DAB/SAS)

Andreia Soares Nunes (CGAB/DAB/SAS)

Anelise Rizzolo de Oliveira Pinheiro (CGPAN/DAB/SAS)

Celina Marcia Passos de Cerqueira e Silva (CGAB/DAB/SAS)

Dillian Goulart (CGPAN/DAB/SAS)

Luciana Sardinha (CGPAN/DAB/SAS)

Maria de Fatima Cruz Correia de Carvalho (CGPAN/DAB/SAS)

Patrícia Chaves Gentil (CGPAN/DAB/SAS)

Apoio técnico:

Isabella Costa (CGPAN/DAB/SAS) - Estagiária

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

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

Obesidade / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

108 p. il. - (Cadernos de Atenção Básica, n. 12) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

ISBN 85-334-1066-2

I. Obesidade. 2. Programas e políticas de nutrição e alimentação. I. Título. II. Série.

NLM WD 210-212

Catalogação na fonte - Editora MS - OS 2006/0051

Títulos para indexação:

Em inglês: Obesity

Em espanhol: Obesidad

S U M Á R I O

Apresentação	06
I Introdução	07
2 Promoção da saúde: alimentação saudável e atividade física	09
3 Epidemiologia: relevância do problema	16
3.1 Evolução da obesidade no Brasil	16
3.2 Determinantes do sobrepeso e da obesidade	17
4 Conceito e classificação	20
4.1 Conceito de obesidade	20
4.2 Obesidade e co-morbidades	21
4.3 Abordagem subjetiva da obesidade	23
5 Diagnóstico nutricional - Avaliação do estado nutricional	27
5.1 O diagnóstico coletivo de saúde e nutrição: Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan)	27
6 Tratamento e acompanhamento nutricional	33
6.1 Acompanhamento do usuário com excesso de peso	33
6.2 Orientação alimentar com vistas à promoção do peso saudável	42
6.3 Trabalho com grupos: uma estratégia para a construção coletiva do conhecimento	52
7 Um olhar sob a perspectiva das fases do curso da vida	59
8 Atribuições e competências da equipe de saúde	74
8.1 Organização da atenção na prevenção e acompanhamento da obesidade	74
8.2 Papel dos profissionais da equipe de saúde na prevenção e acompanhamento do sobrepeso/obesidade	79
8.3 O nutricionista na prevenção e acompanhamento da obesidade	81
Referências	93
Anexos	99
Anexo A	100
Anexo B	102
Anexo C	103
Anexo D	104
Anexo E	104
Anexo F	105
Anexo G	106

APRESENTAÇÃO



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

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

O modo de viver da sociedade moderna tem determinado um padrão alimentar que, aliado ao sedentarismo, em geral não é favorável à saúde da população. A Política Nacional de Alimentação e Nutrição tem entre seus propósitos a promoção de práticas alimentares e modos de vida saudáveis, e neste contexto a prevenção e o tratamento da obesidade configuram-se grandes desafios.

Este material tem como objetivo subsidiar os profissionais de saúde da atenção básica da rede SUS, incluindo a Estratégia de Saúde da Família, na atenção ao paciente obeso, com ênfase no manejo alimentar e nutricional.

Um dos principais destaques desta publicação é uma abordagem integral e humanizada do paciente com excesso de peso, com enfoque na promoção da saúde e prevenção de outras doenças crônicas não transmissíveis, a fim de incluir nas rotinas dos serviços de saúde da atenção básica a abordagem nutricional como uma prática efetiva e cotidiana.

A inserção da abordagem temática sobre alimentação e nutrição na atenção básica é uma demanda emergente. Espera-se que o Caderno de Atenção Básica - Obesidade seja o primeiro passo para aprofundar e qualificar a atenção integrada às doenças crônicas não transmissíveis.

José Gomes Temporão
Secretário de Atenção à Saúde

Uma das principais características da população nos últimos anos tem sido o processo permanente de intensas mudanças na sua composição demográfica, com aumento na expectativa de vida e na proporção de idosos na população. O Brasil acompanha essa tendência, tendo como principais características a queda da fertilidade, o aumento da expectativa de vida, a diminuição dos óbitos devido a causas infecciosas, entre outras. Tal realidade tem implicações no que se refere ao complexo quadro de saúde-doença do país, uma vez que os problemas ambientais, de violência e do processo de envelhecimento populacional, com aumento das doenças e agravos não transmissíveis, somam-se aos problemas já existentes, como a morbimortalidade por doenças infecciosas e os problemas de saúde na infância (LESSA, 1998; SICHIERI, 1998; MONTEIRO, 1995).

Apesar da tendência declinante das taxas de morbimortalidade por doenças infecciosas, houve o ressurgimento de doenças infecciosas consideradas controladas e o aparecimento de outras até então desconhecidas. Em países como o Brasil, com grande extensão territorial, significativo número de habitantes e diferenças sócioeconômicas e culturais, a heterogeneidade destes processos é bastante visível e complexa (PINHEIRO, 2004).

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

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

Em consonância com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), a atenção básica é a porta de entrada do usuário no sistema. Por estar inserida próxima à comunidade, tem maior poder de compreensão de sua dinâmica social, tornando-se local privilegiado de atuação na promoção de saúde e no enfrentamento do excesso de peso que acomete o indivíduo, as famílias e a população.

Assim, as propostas de intervenção na reversão do quadro de excesso de peso tanto ao nível populacional quanto no cuidado individual, desenvolvidos pela atenção básica, devem ser norteadas a partir das diversas concepções presentes na sociedade sobre alimentação, corpo, atividade física e saúde.

Nesse sentido, a estratégia Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde colaboram para a reorganização da Atenção Básica, possibilitando alcançar os princípios de universalidade, equidade, integralidade, acessibilidade, humanização, responsabilização, vínculo e participação social.

2 - PROMOÇÃO DA SAÚDE: ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E ATIVIDADE FÍSICA



A promoção da saúde pode ser definida como o

processo de envolvimento da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida, incluindo uma maior participação no controle deste processo. [...] Os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida e não como um objeto de viver (BRASIL, 1999b).

Esta definição de promoção parte de uma concepção ampliada de saúde que, mais do que ausência de doença, é aqui entendida como um direito que deve ser garantido e preservado, sendo determinada pelo acesso à renda, moradia, alimentação, educação, trabalho, lazer, transporte e serviços em geral, tendo reflexo também, nas atitudes e escolhas cotidianas. A saúde é um processo em permanente construção, sendo, ao mesmo tempo, individual e coletivo (Carta de Ottawa apud BRASIL, 1999b; CASTRO et al., 2002).

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

Além da **intersetorialidade**, outros princípios devem nortear as iniciativas de promoção da saúde: o da **eqüidade**, vinculado ao compromisso ético de diminuição das iniquidades; o do **desenvolvimento** humano e social, o da **diversidade**, que valoriza a riqueza das diferenças entre as pessoas e culturas, e o da **qualidade de vida** no ecossistema (BRASIL, 1999b; BUSS, 2000).

A partir desses princípios, os campos de ação da promoção da saúde abarcam a construção de políticas públicas saudáveis, incluindo a criação de ambientes favoráveis à saúde; a reorientação dos serviços de saúde; o desenvolvimento de habilidades pessoais e o reforço à participação popular (BRASIL, 1999b; BUSS, 2000, CASTRO et al. 2002).

Entre as diversas ações necessárias para a promoção da saúde da população estão as de promoção de hábitos saudáveis. Dentro do atual contexto epidemiológico da população, merecem destaque as ações de promoção da alimentação saudável, da prática regular de atividade física e de prevenção e controle do tabagismo.

As ações de promoção da saúde devem combinar três vertentes de atuação: **incentivo**, **proteção** e **apoio**. A seguir, para ilustrar a descrição de cada uma destas vertentes, são dados exemplos de ações no campo da promoção da alimentação saudável e da atividade física, temas de interesse para a promoção do peso saudável e prevenção da obesidade.

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

As medidas de **apoio** tornam mais factível a adesão a práticas saudáveis por indivíduos e coletividades informados e motivados. São exemplos desta vertente a rotulagem nutricional dos alimentos; os programas de alimentação institucional, como o Programa Nacional de Alimentação Escolar, que busca garantir a oferta de alimentação saudável para alunos do ensino público fundamental; a disponibilização de alimentos e preparações saudáveis nas cantinas de escolas e ambientes de trabalho; a criação de espaços que favoreçam a amamentação no ambiente de trabalho; a criação de grupos de apoio para mulheres que estão amamentando; a viabilização de espaços públicos seguros para a prática regular de atividade física e a promoção de atividades físicas em ambientes comunitários.

As medidas de **proteção** impedem que coletividades e indivíduos fiquem expostos a fatores e situações que estimulem práticas não saudáveis. São exemplos desta vertente a regulamentação da venda e propaganda de alimentos nas cantinas escolares; a regulamentação de publicidade dirigida ao público infantil e a regulamentação da rotulagem de produtos dirigidos a lactentes.

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

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

O estilo de vida vincula-se ao conjunto de comportamentos, hábitos e atitudes, ou seja, são expressões socioculturais de vida, traduzidas nos hábitos alimentares, no gasto energético do trabalho diário, nas atividades de lazer, entre outros hábitos, vinculados

aos processos de adoecimento, especialmente, quando relacionados às doenças crônicas não transmissíveis (PAIM, 1997; POSSAS, 1989; CHOR, 1999; MENDONÇA, 2005).

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

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

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

A autonomia implica necessariamente a construção de maiores capacidades de análise e de co-responsabilização pelo cuidado consigo, com os outros, com o ambiente; enfim, com a vida (CAMPOS, 2004), sem, portanto, desconsiderar que as soluções para os problemas passam por ações que devem ter sustentação cultural, política e econômica. Portanto, esta busca pela autonomia demanda ações que fortaleçam as capacidades dos indivíduos e dos grupos para terem o máximo poder sobre suas próprias vidas, o que pressupõe também a revisão das relações sociais desiguais sobre as quais são construídas suas vidas (SMEKE; OLIVEIRA, 2001).

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

■ ■ ■ Promoção da Alimentação Saudável

A Promoção da alimentação saudável é uma das diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição ("promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis") e integra as estratégias citadas pela Política Nacional de Promoção da Saúde, compondo o eixo "promoção de hábitos saudáveis, com ênfase à alimentação saudável, atividade física, comportamentos seguros e combate ao tabagismo". Além disso, é apontada como

um componente fundamental na construção da Segurança Alimentar e Nutricional, aqui entendida como "a realização do direito humano a uma alimentação saudável, acessível, de qualidade, em quantidade suficiente e de modo permanente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, com base em práticas alimentares saudáveis, respeitando as diversidades culturais, e sendo sustentável do ponto de vista sócioeconômico e agroecológico" (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL, 2004).

O princípio básico para a promoção da alimentação saudável é o entendimento da alimentação como um direito humano. Os direitos humanos são aqueles que os seres humanos possuem pelo simples fato de nascer e fazer parte da espécie humana, independentemente de cor, religião, sexo, local de nascimento, opção política, idade ou qualquer outro atributo, e independentemente também de legislação nacional, estadual ou municipal específica. Estes direitos são universais, inalienáveis e indivisíveis, o que quer dizer que a satisfação de um direito não pode ser usada para justificar a violação de outro (VALENTE, 2002).

A sociedade, sob a responsabilidade do Estado, deve cumprir o dever de respeitar, proteger, promover e realizar os direitos humanos.

O direito humano à alimentação e nutrição adequadas implica o Estado **respeitar e proteger** a capacidade dos indivíduos, famílias e comunidades de produzir sua própria alimentação ou prover recursos suficientes para obtê-la; **promover**, por meio de políticas, programas e ações, o direito à alimentação para todos; e **realizar** o direito de grupos que em situações de emergências ou carências especiais necessitem de recursos financeiros ou alimentares, até que sejam providos meios necessários para que sua capacidade de alimentar-se por si próprios seja recuperada.

A violação do direito humano à alimentação coloca em risco o direito à vida, e embora a promoção deste direito comece pelo enfrentamento da fome, não se encerra nele, uma vez que consiste na garantia de acesso diário, e assim de forma sustentável, aos alimentos em quantidade e qualidade suficientes para atender às necessidades nutricionais dos indivíduos e garantir a manutenção da saúde. Assim, a insegurança alimentar, que diz respeito à não-garantia do direito à alimentação e nutrição, passa tanto pela fome e desnutrição, como também pelos agravos ligados aos hábitos alimentares inadequados, como a obesidade (VALENTE, 2002).

Para Valente (2002), a alimentação humana tem de ser entendida como um processo de transformação de natureza - no seu sentido mais amplo - em gente, em seres humanos, ou seja, em humanidade.

Assim, as ações de promoção da saúde e de uma alimentação saudável envolvem também o fortalecimento político dos diferentes grupos para que possam pressionar pela garantia de todos esses direitos: acesso ao alimento e a uma alimentação saudável, acesso à informação, à atenção em saúde, aos bens e serviços públicos essenciais etc.

(CONFERÊNCIA NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL, 2004).

A equipe de saúde tem também um papel na promoção da alimentação saudável e na garantia do direito humano à alimentação. Desta forma, sua atuação junto à população em geral e aos grupos populacionais específicos identificados como prioritários em sua área de atuação deve envolver, de forma direta ou indireta, as várias dimensões da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) e de seus determinantes com diferentes implicações.

Na perspectiva do curso da vida, a primeira ação de promoção da alimentação saudável é aquela que abarca as iniciativas de promoção da amamentação e da alimentação complementar adequada e oportuna, como por exemplo: campanhas de incentivo à amamentação; orientação a gestantes e nutrízes e suas famílias na atenção básica à saúde, criação de leis que favoreçam a amamentação e que coíbam o estímulo ao consumo de fórmulas infantis, implantação das Iniciativas Hospital Amigo da Criança e Unidade Básica Amiga da Amamentação e criação de espaços que favoreçam a amamentação no ambiente de trabalho.

Em todas as fases do curso da vida, as ações de promoção devem assumir como princípio que uma alimentação saudável é aquela:

- **adequada** em **quantidade** e **qualidade** (oferecendo de forma equilibrada todos os nutrientes necessários para cada fase do curso da vida);
- **variada**, de forma a facilitar a oferta de todos os nutrientes necessários ao organismo;
- **segura**, dos pontos de vista sanitário e genético;
- **disponível** (garantia do acesso físico e financeiro);
- **atrativa** do ponto de vista sensorial;
- que **respeita a cultura alimentar** do indivíduo ou grupo a que se destina.

Além desses princípios, é fundamental que as ações de promoção da alimentação saudável levem em conta a dimensão do **prazer** do convívio social que os atos de preparar e realizar uma refeição envolvem, com todos os seus **aspectos simbólicos**. Assim, na alimentação está implícito um rico ritual de criatividade, afeto, cuidado, amor, prazer, partilha, solidariedade e comunhão entre seres humanos e a natureza, permeado pelas características culturais de cada agrupamento humano e até de dimensões espirituais (VALENTE, 2002).

Complementando os princípios anteriormente mencionados, vale destacar, também, as recomendações da Organização Mundial da Saúde para a prevenção da obesidade e de outras doenças associadas à alimentação, no atual contexto de aumento de consumo de produtos industrializados e diminuição de consumo de alimentos in natura ou minimamente processados (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003):

- buscar o balanço energético e o peso saudável;
- limitar o consumo de gorduras;
- aumentar o consumo de frutas, legumes e verduras, cereais integrais e oleaginosas (amêndoas, castanhas etc.);
- limitar o consumo de açúcares livres;
- limitar o consumo de sal (sódio) de todas as fontes e assegurar que o sal seja iodado.

Destaca-se que para que os indivíduos possam realizar seu direito à escolha, é preciso garantir a disponibilidade de alimentação adequada, o que implica a oferta de refeições saudáveis, saborosas, em ambientes agradáveis - seja em restaurantes (comerciais e institucionais), creches, escolas, hospitais (alimentação de funcionários, usuários e acompanhantes), locais de trabalho ou em suas proximidades, e em qualquer estabelecimento público que ofereça refeições. Desta forma, as medidas de promoção da alimentação saudável devem se adequar aos diferentes espaços públicos, como as redes de ensino e de saúde, meios de comunicação de massa, indústrias, locais de comercialização de alimentos, organizações sociais e governamentais (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL, 2004).

■■■ Promoção da Atividade Física

A prática regular de atividades físicas proporciona uma série de benefícios, como por exemplo: aumenta a auto-estima e o bem-estar, alivia o estresse, estimula o convívio social, melhora a força muscular, contribui para o fortalecimento dos ossos e para o pleno funcionamento do sistema imunológico. Além disso, é um importante fator de proteção contra a obesidade, o diabetes, as doenças cardiovasculares, alguns tipos de câncer e alguns transtornos mentais (BRASIL, 2001a). Portanto, promover a atividade física é uma ação prioritária na promoção de hábitos saudáveis.

Atualmente, a OMS recomenda a prática de atividades físicas de intensidade leve ou moderada diariamente ou na maior parte dos dias da semana, sendo que, para a prevenção de doenças cardiovasculares, diabetes e alguns tipos de câncer, a recomendação é de pelo menos 30 minutos e, para o controle do peso, de pelo menos 60 minutos diários de atividade física. Essas atividades podem ser praticadas de forma contínua (30 ou 60 minutos seguidos) ou acumulada ao longo do dia (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

Na promoção da prática regular de atividade física, é fundamental estimular que as pessoas adotem um estilo de vida mais ativo em seu cotidiano (optando, por exemplo, por caminhar e subir escadas em vez de usar carro ou ônibus para distâncias pequenas

e elevador ou escada rolante). Além disso, é fundamental, também, estimular que elas identifiquem que atividades físicas lhes dão prazer. Só desta forma esta prática se tornará regular e sustentável.


Um fator imprescindível para a promoção da prática regular de atividade física é a criação e utilização de espaços públicos seguros que facilitem a incorporação desta prática no cotidiano. A segurança nas ruas é um fator imprescindível para a garantia desses espaços, assim como o planejamento urbano, devendo prever instalações para recreação, ciclovias, condições das calçadas, investimentos em parques e equipamentos públicos.

Várias iniciativas já são desenvolvidas neste sentido em nosso país: criação de ciclovias e pistas para caminhadas, revitalização de praças, uso do estacionamento de supermercados e shopping centers, construção de espaços adequados dentro dos ambientes de trabalho, fechamento de ruas em determinados horários do dia, entre outros.

Destaca-se que diferentes estratégias devem ser pensadas conforme a realidade local. Na atenção básica de saúde, é fundamental investir nas parcerias com outras instituições com o intuito de estimular a população a desenvolver o hábito de praticar atividade física, bem como de viabilizar seu acesso a espaços e iniciativas que facilitem esta prática.

3 - EPIDEMIOLOGIA : RELEVÂNCIA DO PROBLEMA

3.1 Evolução da obesidade no Brasil

 panorama da evolução nutricional da população brasileira revela, nas duas últimas décadas, mudanças em seu padrão. As tendências temporais da desnutrição e da obesidade definem uma das características marcantes do processo de transição nutricional do país. Ao mesmo tempo em que declina a ocorrência da desnutrição em crianças e adultos em ritmo bem acelerado, aumenta a prevalência de sobrepeso e obesidade. No entanto estes agravos continuam a co-existir, ainda que a desnutrição atinja grupos populacionais mais delimitados, representando situação de extrema gravidade social, pois expõe os indivíduos a maior risco de adoecer e morrer (BATISTA FILHO, 2003; MONTEIRO, 1995).

Em função da magnitude da obesidade e da velocidade da sua evolução em vários países do mundo, este agravo tem sido definido como uma pandemia, atingindo tanto países desenvolvidos como em desenvolvimento, entre eles o Brasil (SWINBURN et al., 1999; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2004). Atualmente, 12,7% das mulheres e 8,8% dos homens adultos brasileiros são obesos, sendo esta prevalência mais alta nas regiões Sul e Sudeste do país. Esta tendência de aumento da obesidade foi registrada para os homens e mulheres de todas as faixas de renda, no período de 1974 a 1989. No período seguinte (1989-2003), os homens continuaram apresentando aumento da obesidade independentemente de sua faixa de renda, enquanto, entre as mulheres, somente aquelas com baixa escolaridade e situadas nas faixas de renda mais baixas (entre as 40% mais pobres) apresentaram este aumento (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2004).

Quanto às diferenças de gênero e idade, pode-se observar que as prevalências de obesidade são semelhantes nos dois sexos até os 40 anos, idade a partir da qual as mulheres passam a apresentar prevalências duas vezes mais elevadas que os homens. As prevalências de obesidade em adultos são maiores à medida que aumenta a idade. Entretanto, a partir dos 55 anos, entre os homens, e 65 anos, entre as mulheres, observa-se diminuição da prevalência deste agravo (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2004). Uma vez que esses achados são provenientes de estudos transversais, provavelmente refletem a menor longevidade de pessoas obesas.

Já entre crianças e adolescentes brasileiros, identifica-se aumento do excesso de peso em ritmo acelerado: em 1974, observava-se uma prevalência de excesso de peso de 4,9% entre as crianças entre 6 e 9 anos de idade e de 3,7% entre os adolescentes de 10 a 18 anos. Já em 1996-97, observou-se 14% de excesso de peso na faixa etária de 6 e 18 anos em nosso país (WANG et al., 2002).

Os dados acima apresentados demonstram a relevância da obesidade como problema de saúde pública em nosso país.

3.2 Determinantes do sobrepeso e obesidade

19

A obesidade pode ser compreendida como um agravo de caráter multifatorial envolvendo desde questões biológicas às históricas, ecológicas, econômicas, sociais, culturais e políticas.

O determinante mais imediato do acúmulo excessivo de gordura e, por consequência, da obesidade, é o balanço energético positivo. O balanço energético pode ser definido como a diferença entre a quantidade de energia consumida e a quantidade de energia gasta na realização das funções vitais e de atividades em geral. O balanço energético positivo acontece quando a quantidade de energia consumida é maior do que a quantidade gasta.

Os fatores que levam um indivíduo ao balanço energético positivo variam de pessoa para pessoa. Embora existam evidências sugerindo a influência genética no desenvolvimento da obesidade, esses mecanismos ainda não estão plenamente esclarecidos. Acredita-se que fatores genéticos possam estar relacionados à eficiência no aproveitamento, armazenamento e mobilização dos nutrientes ingeridos; ao gasto energético, em especial à taxa metabólica basal (TMB); ao controle do apetite e ao comportamento alimentar (FRANCISCHI et al., 2000; SICHIERI, 1998). Algumas desordens endócrinas também podem conduzir à obesidade, como por exemplo o hipotireoidismo e problemas no hipotálamo, mas estas causas representam menos de 1% dos casos de excesso de peso (FRANCISCHI et al., 2000).

A associação entre a ocorrência de obesidade entre membros de uma mesma família é conhecida, acreditando-se que isso possa ser devido tanto a fatores genéticos quanto aos hábitos de vida. A ocorrência de obesidade dos pais leva a um risco aumentado de ocorrência de obesidade, chegando a um risco quase duas vezes maior (80%) para os indivíduos com pai e mãe obesos (GIGANTE, 2004).

Embora os fatores genéticos possam contribuir para a ocorrência da obesidade, estima-se que somente pequena parcela dos casos de obesidade na atualidade possam ser atribuídos a esses fatores (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998).

Cabe destacar portanto, a importância das condições de vida e dos ambientes em que as pessoas vivem cotidianamente, adotando-se aqui um conceito ampliado de "ambiente" (político, econômico, social, cultural e físico) (SWINBURN et al., 1999).

As origens da chamada transição nutricional estão fortemente ligadas às mudanças nos padrões de consumo de alimentos, mas também a modificações de ordem demográfica e social. Fatores sociais, econômicos e culturais estão presentes, destacando-se o novo papel feminino na sociedade e sua inserção no mercado de trabalho, a concentração das populações no meio urbano e a diminuição do esforço físico e, conseqüentemente, do gasto energético, tanto no trabalho quanto na rotina diária, assim como a crescente industrialização dos alimentos, que também parece condicionar o crescimento da obesidade (GIGANTE, 2004).

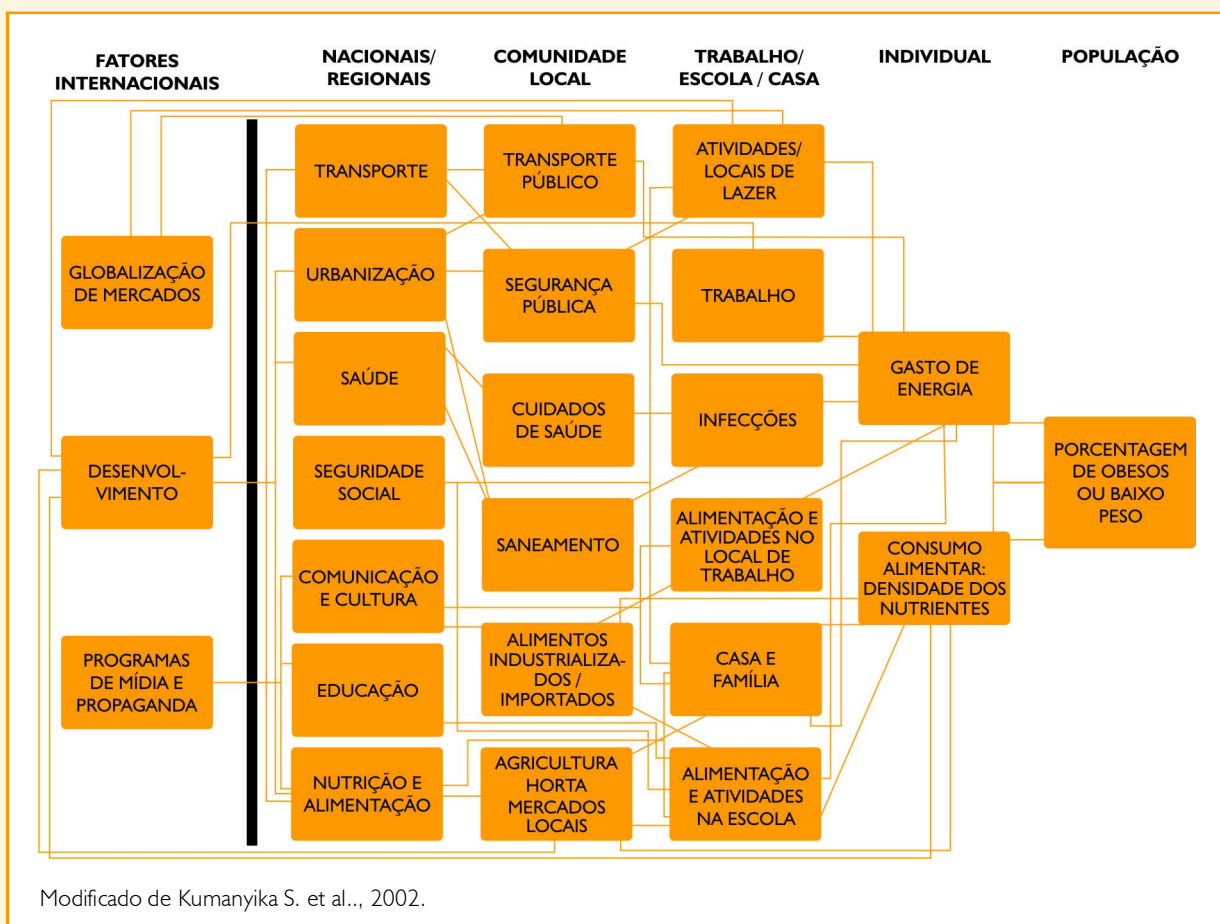
O padrão de consumo alimentar atual está baseado na excessiva ingestão de alimentos de alta densidade energética, ricos em açúcares simples, gordura saturada, sódio e conservantes, e pobres em fibras e micronutrientes. Os principais responsáveis pelo

aumento acelerado da obesidade no mundo e em nosso país são relacionados ao ambiente e às mudanças de modo de vida, sendo, portanto, passíveis de intervenção, demandando ações no âmbito individual e coletivo.

Inúmeros estudos têm identificado situações e fases do curso da vida em que as pessoas podem ficar mais vulneráveis à obesidade. Fatores relacionados ao ciclo reprodutivo, como a idade da menarca, o ganho de peso gestacional, o número de filhos, o intervalo interpartal, a duração da amamentação e o período da menopausa têm também sido relacionados ao excesso de peso (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995; GIGANTE et al., 1997; SILVA, 1995; COITINHO, 1998; LINS, 1999; DAMIÃO, 1999; KAC et al., 2001, 2003; MENDONÇA, 2005).

Outros fatores que estão associados ao ganho excessivo de peso são as mudanças em alguns momentos da vida (ex: casamento, viuvez, separação); determinadas situações de violência; fatores psicológicos (como o estresse, a ansiedade, a depressão e a compulsão alimentar); alguns tratamentos medicamentosos (com psicofármacos e corticóides); a suspensão do hábito de fumar; o consumo excessivo de álcool; a redução drástica de atividade física (GIGANTE, 1997; MENDONÇA, 2005; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998).

O quadro a seguir apresenta os diferentes níveis dos determinantes da obesidade e expressam a complexa trama de fatores que a determinam.



As mudanças no perfil epidemiológico, com o aumento da prevalência de doenças crônicas e degenerativas, impuseram uma reorientação analítica no campo da saúde, ressurgindo as correlações causais entre condições de trabalho, condições de moradia, alimentação, atividade física e outros aspectos ligados à vida urbana/rural e o perfil de saúde e doença de grupos populacionais (MENDONÇA, 2005; CHOR, 1999; GARCIA, 1997; MONDINI; MONTEIRO, 2000). Estudos têm apontado a existência de uma rede de fatores que expressam as múltiplas interações entre a saúde, o mercado global de alimentos, a mídia, as políticas agrícolas estatais, os processos de urbanização, o perfil de educação, o acesso aos transportes e ao lazer (MENDONÇA; ANJOS, 2004).

Mudanças recentes nas relações entre nações, como o crescente intercâmbio de informações, práticas e bens de consumo, aliadas à urbanização acelerada, com a conseqüente alteração nas relações entre tempo e espaço, a valorização de objetivos econômicos, a diversificação e acentuação do consumo, a competitividade e o individualismo, refletem-se nas práticas alimentares e no estado nutricional de diversas formas (BURLANDY, 2004).

No Brasil, a concentração de pobres nas áreas metropolitanas, observada pelo fenômeno de metropolização da pobreza, tem imposto desafios importantes para o setor público. Neste cenário, o fenômeno da obesidade parece configurar-se como um desses desafios, à medida que se observa o crescimento da obesidade no contexto da pobreza (FERREIRA, 2003).

Com relação à associação entre obesidade e pobreza, Sawaya (1997) discute algumas hipóteses: a primeira seria de que as populações em situações de carência teriam uma susceptibilidade genética para o desenvolvimento da obesidade, como fator protetor em escassez de alimentos. Desta forma, quando em situações de abundância alimentar, tais "genes ligados à obesidade" poderiam se tornar deletérios ou não protetores, levando ao ganho ponderal excessivo. Uma segunda hipótese seria de que uma desnutrição energético-protéica precoce poderia promover a obesidade no futuro. A terceira hipótese levantada pela autora discute a possibilidade de que, independentemente de fatores genéticos, a melhoria das condições de vida seria o fator preponderante para o excesso de peso na população. Esta melhoria estaria associada a fatores como alta ingestão calórica com redução do consumo de fibras, aumento do consumo de gorduras e açúcares e redução da atividade física. Esta última relação tem sido apontada por outros estudos (SICHERI, 1998; PEÑA; BACALLAO, 2000; MONDINI; MONTEIRO, 2000; SAWAYA, 1997).

Ainda segundo Peña e Bacallao (2000), alimentos como frutas e vegetais frescos não seriam tão acessíveis à população de baixa renda, visto que tais indivíduos dariam preferência a alimentos com alta densidade energética, por serem estes mais baratos, mais saborosos e conferirem maior saciedade.

Como se pode observar, a obesidade está relacionada às maneiras de viver e às condições efetivas de vida e saúde de sociedades, classes, grupos e indivíduos, que são construções históricas e sociais. Entretanto, historicamente, as abordagens de prevenção e controle deste agravo têm se concentrado basicamente em estratégias educacionais, comportamentais e farmacológicas. Ainda que essas estratégias possam ser importantes no âmbito individual, não serão suficientemente efetivas para a prevenção e controle da obesidade em âmbito populacional, se não estiverem associadas a medidas que contemplem as diversas dimensões do ambiente (física, econômica, política e sociocultural) de forma a torná-lo menos obesogênico (LESSA, 1998; SWINBURN et al., 1999).

4 - CONCEITO E CLASSIFICAÇÃO

4.1 Conceito de obesidade

A obesidade pode ser definida, de forma resumida, como o grau de armazenamento de gordura no organismo associado a riscos para a saúde, devido a sua relação com várias complicações metabólicas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995). A base da doença é o processo indesejável do balanço energético positivo, resultando em ganho de peso. No entanto, a obesidade é definida em termos de excesso de peso. O índice de massa corporal (IMC) é o índice recomendado para a medida da obesidade em nível populacional e na prática clínica¹. Este índice é estimado pela relação entre o peso e a estatura, e expresso em kg/m² (ANJOS, 1992).

$$\text{ÍNDICE DE MASSA CORPORAL (IMC)} = \frac{\text{PESO (KG)}}{\text{ESTATURA}^2(\text{M}^2)}$$

Além do grau do excesso de gordura, a sua distribuição regional no corpo interfere nos riscos associados ao excesso de peso. O excesso de gordura abdominal representa maior risco do que o excesso de gordura corporal por si só. Esta situação é definida como obesidade andróide, ao passo que a distribuição mais igual e periférica é definida como distribuição ginecóide, com menores implicações à saúde do indivíduo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998).

A obesidade integra o grupo de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANTs). As DANTs podem ser caracterizadas por doenças com história natural prolongada, múltiplos fatores de risco, interação de fatores etiológicos, especificidade de causa desconhecida, ausência de participação ou participação polêmica de microorganismos entre os determinantes, longo período de latência, longo curso assintomático, curso clínico em geral lento, prolongado e permanente, manifestações clínicas com períodos de remissão e de exacerbação, lesões celulares irreversíveis e evolução para diferentes graus de incapacidade ou para a morte (PINHEIRO, 2004).

Sendo assim, a obesidade traz aos profissionais desafios para o entendimento de sua determinação, acompanhamento e apoio à população, nas diferentes fases do curso de vida.

¹Para crianças menores de 7 anos deve-se utilizar o índice peso/idade (BRASIL, 2004a)

A obesidade é um dos fatores de risco mais importantes para outras doenças não transmissíveis, com destaque especial para as cardiovasculares e diabetes. Muitos estudos demonstram que obesos morrem relativamente mais de doenças do aparelho circulatório, principalmente de acidente vascular-cerebral e infarto agudo do miocárdio, que indivíduos com peso adequado (FEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE SOCIEDADES OBESIDAD, 1998; FRANCISCHI, 2000).

O excesso de peso está claramente associado com o aumento da morbidade e mortalidade e este risco aumenta progressivamente de acordo com o ganho de peso. Observou-se que o diabetes mellitus e a hipertensão ocorrem 2,9 vezes mais frequentemente em indivíduos obesos do que naqueles com peso adequado e, embora não haja uma associação absolutamente definida entre a obesidade e as doenças cardiovasculares, alguns autores consideram que um indivíduo obeso tem 1,5 vezes mais propensão a apresentar níveis sanguíneos elevados de triglicerídeos e colesterol (WAITZBERG, 2000).

As doenças e agravos não transmissíveis têm expressão clínica após longo tempo de exposição aos fatores de risco e da convivência assintomática do indivíduo, mesmo quando os fatores de risco podem ser perceptíveis, como o tabagismo, etilismo, pouca atividade física e o excesso de peso (BRASIL, 2001a).

O sobrepeso por si não tem efeito imediato no desenvolvimento de doenças crônicas, porém a história de excesso de peso pode contribuir para variações nos riscos à saúde. Três questões devem ser consideradas: idade de aparecimento, duração e padrões de flutuação de peso, isto é, oscilações de peso (DUARTE, 2005).

A combinação do IMC com outros fatores, como por exemplo, tabagismo, hipertensão, dislipidemia, diabetes mellitus, pode levar a riscos diferentes de adoecer. Da mesma forma, o excesso de peso resultante da combinação do baixo consumo de frutas, legumes e verduras, fonte de fibras e substâncias antioxidantes, alto consumo de gorduras saturadas, açúcares e álcool associado à pouca atividade física pode apresentar diferentes consequências em relação ao desenvolvimento de dislipidemias² e doença coronariana, em virtude da pré-disposição genética (FRANCISCHI, 2000).

Embora indivíduos com excesso de peso possam apresentar níveis de colesterol mais elevados do que os eutróficos, a principal dislipidemia associada ao sobrepeso e a obesidade é caracterizada por elevações leves a moderadas dos triglicerídeos e diminuição do HDL colesterol (DUARTE, 2005).

² Dislipidemias são alterações metabólicas lipídicas decorrentes de distúrbios em qualquer fase do metabolismo lipídico, que ocasionem repercussão nos níveis séricos de lipoproteínas.

Da mesma forma que o excesso de massa corporal traz risco, o padrão de distribuição da gordura tem implicações diferenciadas à saúde. Indivíduos com circunferência abdominal aumentada apresentam aumento de tecido adiposo visceral, que confere risco para distúrbios metabólicos, em especial à hipertensão arterial, independentemente do IMC (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995).

Quanto à hipertensão arterial sistêmica³, a nova orientação da OMS chama a atenção para o fato de que não se deve apenas valorizar os níveis de pressão arterial, fazendo-se também necessária uma avaliação do risco cardiovascular global.

A hipertensão essencial (primária) aparece com frequência entre os 25 e 55 anos de idade e é incomum antes dos 20 anos, faixa etária que também está relacionada à frequência da obesidade.

O aumento da massa corporal está associado à pressão arterial elevada, e a perda de peso em indivíduos hipertensos é geralmente acompanhada por uma redução na pressão arterial. De acordo com os resultados de uma metaanálise, a perda de 1 kg de massa corporal está associada com a diminuição de 1,2 - 1,6 mmHg na pressão sistólica e 1,0 - 1,3 na pressão diastólica. A perda de peso é recomendada para todos os indivíduos hipertensos que apresentem excesso de peso. Os efeitos benéficos refletem-se também na necessidade de medicação anti-hipertensiva (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995).

Do mesmo modo, o diabetes mellitus (DM) tipo 2 ou a tolerância à glicose diminuída é, hoje, considerado parte da chamada síndrome metabólica ou de resistência à insulina, que tem ainda os seguintes componentes: hiperinsulinemia, obesidade central / abdominal, hipertensão arterial, dislipidemia, microalbuminúria, etc. O quadro de DM se desenvolve em obesos após período de intolerância à glicose, quando a glicemia se mostra acima dos valores normais, o que conduz, na maioria dos casos, a um estado de hiperinsulinemia.

Sendo o sobrepeso associado à pouca tolerância à glicose e à hipersinsulinemia (resistência à insulina), estas alterações podem ser revertidas em pouco tempo pela perda de peso. A perda de peso, em indivíduos diabéticos tipo II, melhora a tolerância à glicose e reduz a necessidade de drogas hipoglicemiantes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995).

O excesso de peso é também um fator de risco para outros problemas na saúde, sendo importante para o desenvolvimento de litíase biliar, de osteoartrite e tendo associação com alguns tipos de câncer, como de cólon, de reto, de próstata, de mama,

³ O limite escolhido para definir HAS é o de igual ou maior de 140/90 mmHg, quando encontrado em pelo menos duas aferições - realizadas no mesmo momento. A hipertensão arterial é, portanto, definida como uma pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva. (BRASIL, 2001b)

de ovário e de endométrio (FEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE SOCIEDADES OBESIDAD, 1998; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995).

A apnéia do sono é comum em indivíduos com obesidade e tem sido apontada como um fator de risco independente para doenças cardíacas. A obesidade é fator de aumento no risco de refluxo esôfagofaríngeo e de hérnia de hiato, muito embora quadros de esofagite severa causem disfagia, levando à perda de peso (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995).

A alimentação saudável para todos as pessoas com sobrepeso e obesidade tem por objetivos melhorar o bem-estar, possibilitar a proteção da saúde, prevenindo e controlando as co-morbidades e permitindo o alcance do peso adequado.

Os fatores de risco para as doenças e agravos não transmissíveis com maior consistência de associação são aqueles relativos aos "modos de viver", que embora sejam considerados mutáveis, exigem estratégias de intervenção das políticas públicas que sejam consistentes, inovadoras, que para serem bem-sucedidas devem considerar as desigualdades sociais e a busca da qualidade de vida da população brasileira.

4.3 Abordagem subjetiva da obesidade

As perspectivas acerca do que seja uma doença ou que aspectos levam à sua ocorrência, transformando-a em um problema a ser prevenido e/ou tratado, variam de acordo com as visões de mundo, crenças, comportamentos, percepções e atitudes diante da doença, do mal-estar, da dor, e de outras formas de sofrimento.

O conceito de risco é social e culturalmente construído, e portanto, nas diversas sociedades, e também no interior dos grupos sociais de uma mesma sociedade, o que é considerado risco vai ser variável, diferenciando-se de acordo com a idade, o gênero, a profissão e a condição socioeconômica (MENDONÇA, 2005).

A humanidade sempre conviveu com perigos diversos, sejam eles "involuntários", tais como os decorrentes de fenômenos naturais, sejam os associados à vida cotidiana ou às guerras, ou ainda os vinculados ao "estilo de vida" e considerados como "voluntários". Os anos 70 trouxeram o conceito de "riscos auto-infligidos" representados entre outros pela alimentação, falta de exercícios, consumo de álcool e drogas, maus hábitos dos motoristas, a diversidade de parceiros sexuais e a negligência que levaram às doenças sexualmente transmissíveis, em relações aos quais a saúde pública, de forma preponderante, tem como ênfase a normatização de condutas em relação ao corpo, saúde e nutrição (MENDONÇA, 2005).

No que diz respeito ao excesso de peso, Arnaiz (2004) destaca que nem toda idéia do que seja risco relaciona-se a um balanço entre saúde e doença, pois, há pessoas

para quem o risco de engordar não consiste em "contrair" uma obesidade mórbida, senão em deixar de ter um corpo socialmente aceitável: o perigo, neste caso, seria deixar de ser magro. Embora o indivíduo possa apresentar um IMC considerado como excesso de peso, este pode não comprometer as atividades cotidianas, não sendo identificado como risco.

Em estudo realizado com mulheres obesas usuárias de serviços da rede básica de saúde, Mendonça (2005) relata que, para as mulheres, a percepção da obesidade não passa por mensurações comparáveis a um padrão estabelecido, mas sim por comparações de suas medidas ao longo do tempo, tais como as mudanças de manequim na compra de roupas, ou representado pela silhueta, onde se destaca a cintura como parâmetro, ou também ao valor limite caracterizado pela barreira dos 100 quilos, ou ainda pela manutenção ou impedimento à capacidade de locomoção e de trabalho.

A representação do estado de saúde/doença como capacitação/incapacitação para o trabalho é tradicional nas classes trabalhadoras. A doença comumente é percebida por meio da dor ou outro sintoma que possa impedir as atividades laborais cotidianas (LUZ, 1998).

A percepção de doença e sua visibilidade são importantes para a busca ou não da atenção à saúde. Como ressaltam Luz (1998) e Minayo (1989), ao indagarem sobre em que situação a população procura atendimento médico, esta tende a afirmar que só o busca "em último caso", quando não "suporta mais". Em outras palavras, aparentemente as pessoas procuram retardar ao máximo o contato com a instituição médica, talvez devido aos transtornos para o seu cotidiano que tal busca represente. Este fato agrava-se ainda mais quando se trata da percepção de saúde-doença para os homens.

Outra questão salientada pela autora (LUZ, 1997) diz respeito à presença da relação entre dor e doença. Este dado é interessante, uma vez que há doenças graves que podem se desenvolver sem dor, e sem gerar, a princípio, incapacidade, como o caso em questão, o excesso de peso.

A obesidade, como já explicitado, é uma doença não transmissível, que tem como características: longo período de latência, longo curso assintomático, curso clínico em geral lento, prolongado e permanente, manifestações clínicas com períodos de remissão e de exacerbação e de múltiplas determinações, com forte componente ambiental. Destaca-se que há, em muitos casos, ausência de dor física, porém, há sofrimento, há dor psicossocial.

Entretanto, para os profissionais de saúde, ancorados na visão tradicional da medicina, estar doente é ser portador de uma patologia orgânica, de origem genética ou provocada por infecção/transmissão de bactérias ou vírus. O que ultrapassa essa definição não se enquadra na categoria da doença. A doença é uma entidade identificável e erradicável com uso de medicamento ou cirurgia, e o doente, por sua vez, define-se pela presença de patologia diagnosticável, sendo as doenças divididas em interessantes e desinteressantes. As segundas seriam as corriqueiras, ordinárias, que não demandariam

muito do médico em termos de conhecimento, enquanto as primeiras seriam as de difícil diagnóstico e/ou tratamento, por sua raridade e /ou complexidade (LUZ, 1997, 1998).

Diante das reflexões anteriores, torna-se importante indagar: o acúmulo do peso, por ser muitas vezes silencioso, em muitos casos gradual durante um período longo, inicialmente indolor e para os médicos nem sempre diagnosticado, e quando visível, sem tanta "importância" do ponto de vista do aparato técnico-científico, como lidar com a obesidade como uma doença?

A obesidade é percebida, interpretada e influenciada pelo sistema social. Valores socioeconômicos relacionados ao excesso de peso podem, portanto, variar de uma sociedade para outra, nos diferentes contextos históricos. Neste sentido, a corpulência que, no passado, esteve associada à idéia de saúde, no imaginário coletivo de hoje tem seu significado transformado. Padrões definidos para obesidade assumem contornos distintos em cada sociedade e também entre diferentes grupos sociais (LINS, 1999).

Através dos séculos, nas diversas culturas e sociedades, o corpo adquiriu conotações, significados, importância e tratamentos diferentes.

As formas de sentir, de pensar e de agir dos sujeitos são influenciadas pelas significativas mudanças na qualidade de vida das sociedades e, conseqüentemente, acarretam transformações no imaginário que estes constroem sobre saúde e representações sociais das doenças. Para a criança pequena há uma valorização da corpulência, bebê gordinho é sinônimo de bebê saudável e bem cuidado, para todos ou quase todos os grupos sociais. Chammé (1996) refere-se ao caso do "modelo Bebê Johnson" idealizado sobre a figura de um bebê do sexo masculino, branco, de olhos azuis, feições suaves e robusto, traduzindo elevado peso ao nascer e ganho de peso previsto com excesso de calorias, garantindo-lhe contornos arredondados. Este modelo vai ao encontro da preocupação dos pais em superalimentar seus bebês, garantindo assim a manutenção e ampliação de todo um esquema da indústria alimentar para a primeira infância, em substituição do aleitamento materno por superdosagens de leite em pó e açúcares específicos.

Com o crescimento da criança, na fase escolar, já não se espera tanta corpulência, o excesso de peso já pode trazer algumas dificuldades em atividades físicas, a corpulência pode começar a ser motivo de "chacotas", o que se intensifica na fase de adolescência.

Rito (2004), em estudo com gestantes obesas, identificou que a percepção corporal da obesidade foi expressa por vários adjetivos, tais como "cheinha", "gordinha", "pouco mais de peso" e "forte", sendo o termo obeso (a) restrito a situações consideradas por elas como limite, que se caracterizou pela conotação negativa atribuída ao excesso de peso. Ressalta-se que nas vezes que o termo obeso foi utilizado, este estava associado a pessoas que haviam ultrapassado os 100 quilos, o que, de acordo com Fischler (1995), representa a "rotundade absoluta", uma vez que os números redondos ganham significados mágicos.

Esta mesma autora observou que as mulheres referiram que os comentários com conotações negativas em relação à obesidade foram feitos por pessoas que não faziam parte do círculo familiar ou de amigos próximos. Com relação ao cônjuge, a maioria não denotou a exigência da perda de peso, observando-se a preferência dos parceiros por corpos arredondados, quadris largos e coxas grossas.

Em estudo realizado com mulheres obesas de um assentamento rural no estado do Rio de Janeiro, as concepções do grupo sobre obesidade expressam suas concepções de saúde-doença e suas representações de corpo. A "gordura", por um lado, é considerada um agravo à saúde, reproduzindo o discurso das ciências, mas também expressa as experiências vividas, por vezes contradizendo este mesmo discurso. Foi observado que nem sempre existe uma relação direta entre a obesidade e determinado agravo. Assim, esta associação é desmerecida e questionada pela população (DAMIÃO, 1999).

Para as classes populares, há uma valorização estética da corpulência e da gordura, especialmente entre as mulheres. A gordura parece ser vista como um símbolo do seu poder na família, sem conotação negativa; ao contrário, entre elas parece imperar um padrão estético próprio de apreciação da corpulência, oposto ao das classes privilegiadas (ZALUAR, 1985; BOLTANKI, 1989; TONIAL, 2001).

A percepção da obesidade em homens e mulheres também pode ser distinta: como alguns estudiosos têm observado, a obesidade pode estar associada às idéias de sucesso econômico, força política e condição social, ou ao contrário, um corpo discriminado, sem controle. A esse respeito, Fischler (1995) define as sociedades modernas como "lipófobas", ou seja, odeiam a gordura. Atualmente, tem vigorado uma nova ética em relação ao corpo: o culto narcisista, dietético, higiênico e terapêutico (TONIAL, 2001; FELIPO, 2003; FERREIRA, 2003).

Avanços recentes da ciência médica têm reforçado construções mecânicas e materialistas do corpo, num mundo onde milhões de cirurgias plásticas corretivas e reconstrutivas acontecem por ano. Na sociedade de consumo, para vender e ampliar as vendas, os comerciantes e profissionais dos cuidados do corpo vêm contribuindo para difundir novos hábitos (LINS, 1999).

As heterogeneidades, as diferentes determinações e concepções sobre o excesso de peso implicam estratégias e propostas de intervenções diferenciadas, tanto em nível individual como coletivo.

5 - DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL - AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL

29

5.1 O diagnóstico coletivo de saúde e nutrição: Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan)

A Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) faz parte de um conjunto de ações da Política Nacional de Alimentação e Nutrição que contribuem para a promoção de modos de vida saudáveis, proporcionando condições para que as pessoas possam exercer maior controle sobre sua saúde. Essas ações são fundamentais nas diferentes fases do curso da vida (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL, 2004).

Vigilância Alimentar e Nutricional é o monitoramento, a análise e a divulgação de dados sobre a situação alimentar e nutricional de dada população, incluindo informações sobre produção, comercialização, acesso e utilização biológica do alimento.

O Sisvan tem o objetivo de fazer o diagnóstico descritivo e analítico da situação alimentar e nutricional da população brasileira. Este monitoramento contribui para o conhecimento da natureza e magnitude dos problemas de nutrição, identificando inclusive as áreas geográficas, segmentos sociais e grupos populacionais acometidos de maior risco aos agravos nutricionais. Objetiva, também, acompanhar de maneira contínua as tendências das condições nutricionais, visando ao planejamento e à avaliação de políticas, programas e intervenções. Além disso, o Sisvan é um instrumento que permite compreender a dimensão do estado nutricional que compõe a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) (CASTRO, 1995; CONFERÊNCIA NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL, 2004).

No setor saúde, as informações podem ser advindas dos serviços de saúde, de estudos e pesquisas (intra-setorial ou intersetorial) que possam colaborar para o conhecimento das condições nutricionais, incluindo o excesso de peso, tais como sua extensão, sua distribuição na população local e seus determinantes, no intuito de contribuir para a sua prevenção.

A vigilância nutricional é uma ferramenta importante, também, para a prevenção e controle dos diversos agravos nutricionais que afetam a população, contribuindo para o controle da obesidade e das doenças crônicas não transmissíveis como o diabetes e a hipertensão arterial (BRITO, 2002).

O Sisvan, no entanto, não deve restringir - se a um banco de dados, seu objetivo primordial é a "atitude de vigilância". A "atitude de vigilância" é ter um olhar diferenciado para cada indivíduo, para cada grupo, para cada fase do curso da vida, usando a informação rotineiramente para subsidiar as programações locais e as instâncias superiores, repensando a prática do serviço de saúde qualificando a assistência prestada aos indivíduos que diariamente estão à procura de atendimento (BRASIL, 2004).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2004) publicou um manual sobre o Sisvan com orientações básicas para todas as fases do curso da vida, sendo recomendada sua adoção em todos os municípios brasileiros.

■ ■ ■ Diagnóstico nutricional individual para o acompanhamento da obesidade

O estado nutricional expressa a relação entre os alimentos ingeridos, a capacidade do organismo em aproveitá-los e o gasto de energia ante as necessidades nutricionais em cada fase do curso de vida. Ele expressa "a síntese orgânica das relações entre homem-natureza-alimento que se estabelecem numa determinada sociedade" (VASCONCELOS, 1995; YPIRANGA, 1989).

A avaliação do estado nutricional compreende diferentes etapas que se complementam: avaliação antropométrica, dietética, clínica, laboratorial e psicossocial, tendo como objetivo realizar o diagnóstico e identificar a intervenção necessária.

Uma vez que as condições nutricionais podem ser expressas também pelas medidas corporais, um dos métodos mais utilizados para a avaliação do estado nutricional é a antropometria, que consiste na medição das dimensões corporais.

Este método tem como vantagens ser de baixo custo, não invasivo, de fácil utilização pelos serviços, além de ser aplicável a todas as fases do curso da vida (VASCONCELOS, 1995; ENGSTROM, 2002).

As medidas, quando combinadas, formam os índices antropométricos, que nos permitem comparar a informação individual com parâmetros utilizados como referência. As medidas mais usadas são a massa corporal (peso) e a altura (comprimento e estatura). Em todas as consultas e em todos os contatos dos usuários com o serviço de saúde é importante que sejam aferidas as medidas antropométricas e que o estado nutricional seja identificado.

Os serviços de saúde precisam estar sensibilizados para a importância destas medidas, no intuito de garantir confiabilidade e qualidade no cuidado à saúde. Outra questão importante diz respeito a constante manutenção dos equipamentos.

A seguir são descritos, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a) os pontos de corte para o diagnóstico de sobrepeso / obesidade em cada fase do curso da vida.

■ ■ ■ Índices recomendados:

31

Fases do curso da vida	Índices e Pontos de Corte para Sobrepeso e Obesidade
Crianças (menores de 10 anos)	Peso/Altura ($P > 97^{\circ}$)
Adolescentes (≥ 10 anos e < 20 anos)	IMC percentilar por idade e sexo ($P > 85^{\circ}$)
Adultos (20 anos e < 60 anos)	IMC (≥ 25 sobrepeso e ≥ 30 obesidade)
Idosos (≥ 60 anos)	IMC (≥ 27 sobrepeso)
Gestantes (> 10 e < 60 anos)	IMC por semana gestacional (verificar tabela SISVAN)

■ ■ ■ O diagnóstico de risco de sobrepeso em crianças menores de 10 anos

O crescimento é um processo dinâmico e contínuo ao longo da vida. A utilização dos indicadores antropométricos é considerada um dos melhores parâmetros para avaliação e acompanhamento da saúde da criança (BRASIL, 2002a, 2004a; MONTEIRO, 1997).

Para avaliação do estado nutricional de crianças, utiliza-se como referência a população do National Center for Health and Statistics - NCHS (1977), recomendada pela WHO (1995), pois as crianças em condições adequadas de saúde têm crescimento semelhante em diferentes etnias. Para classificação do estado nutricional utiliza-se o percentil (P). **O ponto de corte para risco de sobrepeso é o $\geq P97$ (percentil noventa e sete) para o índice P/A (peso para altura).**

Ressalta-se que não se deve perder de vista a importância do acompanhamento do crescimento linear; assim, o índice altura por idade (A/I) deve, quando possível, ser avaliado em todas as consultas, especialmente quando o peso por idade (P/I) estiver elevado.

Para o diagnóstico de obesidade em crianças deve-se também utilizar medidas complementares, como dobras cutâneas triptital e subescapular, avaliando-as de acordo com os índices recomendados por faixa etária. Nos serviços de saúde, a realização destas medidas exige uma capacitação prévia, por não ser usualmente utilizada (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995).

■ ■ ■ O diagnóstico de sobrepeso em adolescentes

A adolescência é um período de constante transformação tanto biológica quanto psicossocial, nas quais a nutrição desempenha um papel importante. O diagnóstico nutricional neste grupo etário apresenta uma complexidade adicional, uma vez que a maturação sexual influencia a interpretação dos resultados. Adolescentes de mesma idade, sexo, massa corporal e estatura encontram-se em momentos diferentes de maturação sexual (ANJOS et al, 1998).

O grande incremento do crescimento físico que ocorre na puberdade recebe o nome de estirão puberal. O ganho de estatura na adolescência corresponde à cerca de 20-

25% da estatura final adulta e 50% do peso corporal. A composição corporal também sofre alteração neste período em relação à quantidade de massa magra, percentual e distribuição de gordura, aumentando as diferenças entre meninos e meninas.

A maturação sexual é acompanhada por meio do desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários, que ocorre na puberdade. O estagiamento desta maturação foi sistematizado por Tanner (1989), considerando o desenvolvimento dos caracteres sexuais femininos e masculinos, desde seu início até o completo desenvolvimento físico, parada do crescimento e aquisição de capacidade reprodutiva. Esta seqüência é conhecida como estagiamento puberal ou critérios de Tanner (Anexo A).

O uso da antropometria para este grupo fundamenta-se basicamente na evidência de que o crescimento físico e a própria maturação sexual dependem fundamentalmente das condições nutricionais. Embora no acompanhamento clínico a avaliação da maturação sexual seja importante, o risco de excesso de peso é medido principalmente a partir dos índices antropométricos. Assim, os indicadores como o peso e a estatura adquirem grande importância no diagnóstico do estado nutricional.

Para o diagnóstico e acompanhamento do estado nutricional de adolescentes, utiliza-se como parâmetro a distribuição do Índice de Massa Corporal (IMC) segundo idade e sexo, da referência National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES).

Para o diagnóstico nutricional da obesidade, deve-se calcular o IMC conforme descrito anteriormente. A partir do valor obtido, deve-se compará-lo com a referência através das tabelas de percentil de IMC por idade e sexo. Para o diagnóstico de excesso de peso, o ponto de corte estabelecido para adolescentes é \geq Percentil 85, correspondendo à classificação de Sobrepeso (BRASIL, 2004a).

São apresentadas a seguir as tabelas de percentil de IMC por idade e sexo, para adolescentes com idade maior ou igual a 10 e menor de 20 anos.

Idade	Percentil de IMC por Idade Adolescente Sexo Feminino					Idade	Percentil de IMC por Idade Adolescente Sexo Masculino				
	5	15	50	85	95		5	15	50	85	95
10	14,23	15,09	17,00	20,19	23,20	10	14,42	15,15	16,72	19,60	22,60
11	14,60	15,53	17,67	21,18	24,59	11	14,83	15,59	17,28	20,35	23,70
12	14,98	15,98	18,35	22,17	25,95	12	15,24	16,06	17,87	21,12	24,89
13	15,36	16,43	18,95	23,08	27,07	13	15,73	16,62	18,53	21,93	25,93
14	15,67	16,79	19,32	23,88	27,97	14	16,18	17,20	19,22	22,77	26,93
15	16,01	17,16	19,69	24,29	28,51	15	16,59	17,76	19,92	23,63	27,76
16	16,37	17,54	20,09	24,74	29,10	16	17,01	18,32	20,63	24,45	28,53
17	16,59	17,81	20,36	25,23	29,72	17	17,31	18,68	21,12	25,28	29,32
18	16,71	17,99	20,57	25,56	30,22	18	17,54	18,89	21,45	25,95	30,02
19	16,87	18,20	20,80	25,85	30,72	19	17,80	19,20	21,86	26,63	30,66

Fonte: Brasil, 2004a.

Outras medidas como as dobras cutâneas tricipital e subscapular podem ser úteis para a melhor avaliação da composição corporal e diagnóstico da obesidade. No entanto, estas medidas são menos factíveis para o uso nos serviços de saúde e exigem treinamento adicional para sua aferição (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995).

■ ■ ■ O diagnóstico de sobrepeso e obesidade em adultos

O manual de orientações do Sisvan adota como ponto de corte para o sobrepeso o $IMC \geq 25$ e < 30 e para obesidade o $IMC \geq 30$, com base na recomendação da OMS.

A obesidade é definida como um IMC igual ou superior a 30 kg/m^2 , mas pode também ser subdividida em termos de severidade da obesidade, segundo o risco de outras morbidades associadas: assim IMC entre 30-34,9 denomina-se obesidade I, IMC entre 35-39,9 denomina-se obesidade II e IMC entre 40-44,9 denomina-se obesidade III (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998).

Embora o IMC seja uma medida simples e de fácil utilização para os serviços, a distribuição regional de gordura está mais relacionada com a variação do risco de adoecer e morrer do que simplesmente o total de gordura corporal. A obesidade central está correlacionada a risco aumentado de várias doenças, inclusive o risco de doenças cardiovasculares e diabetes não-insulino dependente.

Existem alguns métodos utilizados para a avaliação da gordura abdominal (localização central) como a relação cintura/quadril - RCQ, que consiste num indicador complementar para o diagnóstico nutricional, uma vez que tem boa correlação com a gordura abdominal e associação com o risco de morbimortalidade (BRASIL, 2004a).

Considera-se como risco para doenças cardiovasculares valores de Relação Cintura/Quadril > 1 para homens e $> 0,85$ para mulheres (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998).

■ ■ ■ O diagnóstico de sobrepeso em idosos (> 60 anos)

A antropometria é muito útil para o diagnóstico nutricional dos idosos, pelas vantagens já descritas. No entanto algumas características específicas a este grupo devem ser consideradas. A massa corporal magra declina com o envelhecimento, principalmente depois de 65 anos para homens e 75 para mulheres. Essa diminuição está relacionada à redução do conteúdo da água corporal e da massa muscular, sendo mais evidente no sexo masculino (TAVARES, 1997).

A estatura também pode declinar com a idade, chegando a 1 a 2 cm por década, sendo isto mais acentuado nas idades mais avançadas. Esta perda reflete mudanças no formato e altura dos discos intervertebrais, mudanças posturais e perda do tônus muscular.

Outras mudanças incluem alterações ósseas em decorrência da osteoporose; mudança na quantidade e distribuição do tecido adiposo com aumento da localização abdominal; substituição da massa muscular por gordura e alteração na elasticidade e na capacidade de compressão dos tecidos.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a) sugere pontos de corte de IMC para os idosos diferentes dos propostos para os adultos, principalmente quanto ao sobrepeso, que é definindo neste grupo como $IMC \geq 27$ (LIPSCHITZ, 1994).

■ ■ ■ O diagnóstico de sobrepeso e obesidade em gestantes

O estado nutricional materno no início da gestação e o ganho de peso adequado durante este período têm repercussões na saúde da mulher e do bebê. O ganho adequado de peso reduz os riscos e resultados desfavoráveis na gestação e parto para mãe e filho. Desta forma, o diagnóstico e o acompanhamento nutricional da gestante são ações que devem fazer parte da rotina do pré-natal, qualificando a atenção prestada (BRASIL, 2000; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995).

O diagnóstico nutricional, neste grupo, tem por objetivos identificar as gestantes sob risco no início da gestação e detectar aquelas com ganho de peso menor ou excessivo para a idade gestacional, permitindo, com base na identificação oportuna, a definição das condutas adequadas a cada caso, visando a melhorar o estado nutricional materno e suas condições para o parto e o peso do recém-nascido.

O indicador proposto para o diagnóstico nutricional de gestantes é o IMC por semana gestacional, conforme sugerido por Atalah e colaboradores (Anexo B e Anexo C). O IMC por semana gestacional tem como vantagem realizar o diagnóstico nutricional em qualquer momento da gestação, possibilitando o monitoramento do estado nutricional por meio do cartão da gestante.

Além de identificar os possíveis riscos nutricionais no início do acompanhamento, a identificação do ganho de peso menor ou excessivo para a idade gestacional é essencial para o acompanhamento do estado nutricional da mulher durante a gestação.

Identificando o estado nutricional no início da gestação, deve-se utilizar a recomendação do ganho de peso por idade gestacional adaptado do Institute of Medicine (IOM) (Anexo D).

O ideal é que o IMC considerado no diagnóstico inicial da gestante seja o IMC pré-gestacional referido ou o IMC calculado a partir de medições realizadas até a 13ª semana gestacional. Caso isso não seja possível, a avaliação da gestante será realizada com os dados da primeira consulta de pré-natal, mesmo que esta ocorra após a 13ª semana gestacional.

Cabe considerar que o IMC proposto por Atalah não é um indicador específico para gestantes adolescentes. Contudo, sabe-se que as jovens que engravidam com dois anos ou mais após a menarca, já apresentam maturidade biológica e ginecológica, sendo a interpretação deste índice similar à das gestantes adultas. No entanto, deve-se estar atento, pois a utilização deste indicador para gestantes adolescentes com menarca inferior a dois anos pode superestimar o diagnóstico de baixo peso. Até surgirem novos indicadores e padrões mais adequados, a utilização desse indicador pode ser adotada para adolescentes, cabendo considerar as especificidades biológicas e clínicas desse grupo.

Para maior detalhamento sobre a realização do diagnóstico nutricional nas diferentes fases do curso da vida e a técnica de realização das medidas antropométricas, sugere-se consultar a publicação do Sisvan do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a).

6 - TRATAMENTO E ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL

35

6.1 Acompanhamento do usuário com excesso de peso

Para a pessoa que apresente sobrepeso/obesidade, a OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998) propõe a redução moderada na ingestão de energia como estratégia para redução da massa corporal, associada a exercícios físicos e às mudanças nos hábitos cotidianos.

A promoção da alimentação saudável e da atividade física pode variar dependendo da fase do curso da vida - crianças, escolares, adolescentes, homens, mulheres, gestantes e idosos. As práticas alimentares e as modalidades de atividade física diferem segundo o sexo, o nível de renda, a cultura, a idade, o local de moradia, área urbana ou rural. Por conseguinte, as estratégias e os planos de ação nacionais e locais devem considerar essas diferenças.

A responsabilidade do profissional de saúde com relação às mudanças nos hábitos de vida não deve se traduzir em um processo de normatização e muito menos de culpabilização do indivíduo, pois o que está em jogo não se restringe apenas à mudança do consumo de alimentos, de atividade física, mas tem influência sobre "toda a constelação de significados ligados ao comer, ao corpo, ao viver" (GARCIA, 1992; RITO, 2004).

Dessa forma, o profissional de saúde deve objetivar a integralidade do ser humano em qualquer espaço de intervenção e construir uma prática que correlacione questões sociais, psicológicas, genéticas, clínicas e alimentares implicadas no sobrepeso/obesidade, tanto em indivíduos quanto em coletividades. Neste processo, mantidas as especificidades de cada profissional que compõe a equipe de saúde, cabe desenvolver a sensibilidade em cada um quanto à complexidade de intervir nessa questão de saúde (BURLANDY, 2004).

O estado nutricional tem uma dimensão biológica referente à relação entre o consumo alimentar e a utilização do alimento, sendo influenciado pelo estado de saúde, mas também tem uma dimensão psicossocial referente às condições de vida, trabalho, renda, acesso a bens e serviços básicos, estrutura e relações intrafamiliares, fatores psicológicos e culturais. Sendo assim, o estado nutricional traduz um processo dinâmico de relações entre fatores de ordem biológica, psíquica e social (BURLANDY, 2004).

Promover a alimentação saudável e a prática de atividade física, assim como acompanhar o estado nutricional e de saúde da população usuária da atenção básica devem fazer parte do cotidiano das ações de saúde. Além do fator econômico, condicionante do estado nutricional, devem ser investigadas outras questões envolvidas na complexa relação entre saúde, nutrição e sociedade.

A prática em saúde deve partir do núcleo biológico (enfermidade, sintomas, queixa) para os aspectos subjetivos e sociais, avaliados caso a caso. O profissional deve fazer um deslocamento da ênfase na doença para centrá-la sobre o sujeito concreto, um sujeito portador de alguma enfermidade em um contexto social específico (CAMPOS, 2003).

O excesso de peso pode ter consequências e gravidades distintas conforme o sujeito e o contexto em questão. Os mesmos valores de IMC encontrados em indivíduos diferentes, se comparados com o padrão, podem demandar condutas e respostas diferenciadas, abrindo espaço para o imprevisível.

Assim, na prática clínica é importante conhecer os aspectos genéricos dos processos saúde-doença, mas também aprender com as diferenças, por isto, é importante saber escutar, (re) criar, decidir. Mas decidir ponderando, ouvindo outros profissionais, expondo incertezas, compartilhando as dúvidas, o que demanda um trabalho em equipe (CAMPOS, 2003).

O olhar generalista, o trabalho em equipe multiprofissional e a articulação intersetorial podem dar suporte às equipes e resolutividade aos problemas de saúde. Desta forma, o profissional necessita desenvolver habilidades técnicas, sensibilidade, reflexão crítica, criatividade, visão interdisciplinar, cooperatividade, transformando a sua prática.

A meta do acompanhamento deve ser a apropriação, pelo usuário com excesso de peso, do seu próprio corpo, do autocuidado, do resgate da sua auto-estima e o controle das co-morbidades. As mudanças necessárias para esta apropriação, para a busca de uma vida saudável, podem ser de médio ou longo prazo, ou seja, em prazo maior do que a expectativa.

Neste sentido, pode-se perceber a necessidade de construção de espaços coletivos onde algumas questões afloradas ou não percebidas na consulta podem ser mais bem investigadas e trabalhadas em grupos. Da mesma forma, questões individuais identificadas nos grupos podem demandar uma consulta específica.

Há evidências de que o apoio social melhora o prognóstico com relação à mudança no estilo de vida. Muitos indivíduos com peso excessivo encontram a motivação e a energia necessárias para manter seus planos de alimentação saudável por meio do apoio de seus "iguais". O apoio do grupo é uma das mais potentes e terapêuticas formas

de ajuda. Além deste, deve-se considerar também o apoio emocional e social da família, de amigos e de colegas. Grupos de qualidade de vida, de pessoas com excesso de peso, de adolescentes, de idosos, enfim, grupos de convívio, tendem a ser importantes espaços de participação e solidariedade, pois o isolamento adoece (FELIPO, 2003).

No acompanhamento dos usuários com sobrepeso/obesidade em consulta individual ou coletiva, deve-se incentivar a fala, a escuta pelo profissional da história psicossocial, dos hábitos alimentares, da história clínica individual e familiar, valorizando suas vivências e experiências, suas queixas, dúvidas, medos e ansiedades.

■ ■ ■ A construção de vínculo

A humanização é um eixo articulador das práticas em saúde, propõe uma mudança na cultura da atenção aos usuários e na gestão dos processos de trabalho, é baseada na co-responsabilidade considerando as necessidades, desejos e interesses dos diferentes atores (BRASIL, 2003).

Compreende-se que a construção de vínculo, além de corresponder à política de humanização em saúde, é um recurso terapêutico. É uma estratégia que qualifica o trabalho em saúde, entendendo a terapêutica como uma parte essencial da clínica que estuda e põe em prática meios adequados para curar, reabilitar, aliviar o sofrimento e prevenir possíveis danos em pessoas vulneráveis ou doentes (CAMPOS, 2003).

Minayo (1989) destaca que as pessoas, quando procuram o atendimento ambulatorial fora dos momentos emergenciais, estão à procura de um serviço que ofereça bom atendimento, associado a profissionais de saúde que dispensem uma relação pessoal, afetiva, atenciosa e de escuta a suas histórias, sofrimentos, queixas, medos e ansiedades.

A formação de vínculo, tanto na consulta individual como coletiva, parece ser um caminho promissor na busca da adesão ao tratamento e acompanhamento do sobrepeso/obesidade. O estabelecimento da relação de confiança entre usuários e profissionais de saúde é, sem dúvida, um ponto prioritário. Este é um processo que deve ser construído no dia-a-dia, por meio das rotinas, das relações pessoais, da integração dos profissionais envolvidos no cuidado à saúde. Segredos, questões íntimas, aspectos da sexualidade, de violência, por vezes associados à obesidade, só são relatados após o estabelecimento de vínculo, de confiança, de cumplicidade. Em contrapartida, o profissional também precisa ter confiança, acreditar no potencial de aprendizado, de mudança quando se almeja a autonomia da população.

■ ■ ■ O roteiro da consulta como um guia prático

O roteiro de consulta deve apenas orientar o profissional na conversa que ele terá com o público atendido. As respostas serão tanto mais ricas quanto mais o usuário perceber que de fato está conversando com alguém e não sendo interrogado. Portanto,

as perguntas devem ser feitas de forma mais aberta e interativa possível (olhando para as pessoas) para que se sintam à vontade para falar de sua realidade. Nem sempre as perguntas devem ser fechadas, mas podem ser oriundas da conversa, a partir de falas sobre as suas condições de vida, suas atividades laborais e cotidianas, sua alimentação. É a partir deste relato que o profissional obtém informações e poderá guiar a sua conduta.

A história psicossocial, os hábitos alimentares, a história clínica individual e familiar, os dados clínicos, laboratoriais e antropométricos devem ser identificados por meio de uma consulta acolhedora.

Com base nessa anamnese, deve-se construir junto com o usuário um plano de ação, no qual são apontados aspectos que podem ser valorizados e estimulados por já fazerem parte do cotidiano alimentar e de vida, e os aspectos que precisarão ser transformados, escolhendo estratégias viáveis de serem incorporadas pelo usuário no seu dia-a-dia, conforme o seu diagnóstico clínico-nutricional.

Nas consultas de acompanhamento, é importante que sejam atualizados os dados de anamnese psicossocial, da história alimentar, da avaliação antropométrica (peso, IMC e outros dados), da evolução do estado nutricional, das alterações bioquímicas e clínicas e do controle das co-morbidades. Em relação à orientação alimentar, durante o acompanhamento do usuário com excesso de peso, é necessário também que o profissional possa avaliar constantemente o processo, identificando dificuldades e pensando em novas estratégias.

O retorno do usuário e sua frequência ao serviço são importantes não somente do ponto de vista da assistência à saúde propriamente dita, mas permitem maior interação entre o profissional e o usuário, maior possibilidade de diálogo, conseqüentemente, maior espaço para o aprofundamento das questões relativas à saúde e nutrição. Na consulta individual ou no trabalho coletivo, as falas, as frases e as conversas são carregadas por temas da comunidade, seus assuntos, sua vida. O debate de cada um deles possibilita, a partir do diálogo, aprofundar a compreensão da realidade (VASCONCELOS, 1998). Tanto nas consultas como nos grupos buscam-se as individualidades, o desejo e a história de cada um, que são fatores preponderantes na busca do emagrecimento e de qualidade de vida.

■ ■ ■ Valorização de ganhos na saúde e no bem-estar

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

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

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

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

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

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

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

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

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

■■■ Soluções rápidas de emagrecimento: um alerta

A procura por dietas milagrosas também tem sido um caminho buscado por uma parcela da população. Dietas que priorizam um nutriente em detrimento de outros, dietas que restringem severamente o consumo energético, bem como os jejuns prolongados, representam também um risco para a saúde. Por não serem elaboradas com um cardápio balanceado, tais dietas, na maioria dos casos, promovem a perda de massa muscular e água, eletrólitos, minerais e perda de peso, porém de pouca gordura. Além disso, dietas muito restritas são de difícil adesão por um longo período.

Motivados pela esperança de perda de peso em pouco tempo, muitas pessoas recorrem a estes tipos de procedimentos, muitos deles veiculados pela mídia.

Essa mesma linha de pensamento tem levado ao uso indiscriminado de medicamentos para emagrecer. Cabe ressaltar que no país vêm aumentando as vendas, sem prescrição médica, de moderadores de apetite, laxantes, diuréticos, hormônios, produtos manipulados. Tanto os usuários como os profissionais devem ser alertados que muitos destes medicamentos, depois de alguns meses, perdem seu efeito, fazendo com que as pessoas, na maioria das vezes, voltem a engordar, podendo levar a outros efeitos prejudiciais à saúde. Além disso, estes remédios podem provocar insônia, taquicardia, aumento da pressão arterial, lesão de válvulas cardíacas e até quadros psicóticos.

O tratamento medicamentoso para a redução da obesidade utiliza várias drogas. Há muitas controvérsias sobre sua utilização, pelos escassos estudos sobre seus efeitos a longo prazo. Os remédios criam uma expectativa de cura para a obesidade, e as pessoas geralmente voltam a engordar com a suspensão do medicamento.

Segundo a OMS, a terapia medicamentosa deve ser utilizada somente em "pacientes obesos de alto risco" sob estrita supervisão médica e de acordo com avaliação permanente dos efeitos obtidos, nos usuários em quem as mudanças na dieta e o incremento na atividade física não foram capazes de surtir efeito de redução da massa corporal. Quanto à cirurgia gástrica (gastroplastia), trata-se de um procedimento indicado para os sujeitos com obesidade severa (IMC acima de 35) com co-morbidades como hipertensão, diabetes, dislipidemias, ou muito severa (IMC acima de 40), e que, além disso, tenham passado por tratamento dietoterápico e medicamentoso sem sucesso, apresentando outras doenças associadas que representem ameaça à vida. Os usuários devem estar bem motivados e informados dos riscos cirúrgicos, e o procedimento deve ser realizado por cirurgião treinado, em local que apresente todo o suporte material e de pessoal

necessário, para que a cirurgia ofereça um mínimo de risco para a saúde, devendo ser alertados ainda quanto ao custo-benefício deste procedimento. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1998; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE, 2003; MENDONÇA, 2005).

Ter preocupação com a saúde e com o corpo é uma atitude bastante saudável. No entanto, prender-se a padrões estéticos, principalmente corporais, e buscar alcançá-los a qualquer custo pode ser uma grande armadilha. Buscar metas inatingíveis pode gerar grande frustração. É importante lembrar que, na perspectiva da promoção de saúde, as diferenças precisam ser respeitadas e as comparações, evitadas. A auto-estima e o senso crítico são elementos fundamentais para vencer os desafios que a vida apresenta; assim, os profissionais devem buscar, em sua prática, contribuir para o desenvolvimento dessas habilidades (RIO DE JANEIRO, 2005).

No que diz respeito ao corpo, sua aparência, seu modelamento, devem ser trabalhados em todos os encontros com os usuários, a partir do autocuidado, incluindo o incentivo à prática de atividade física e de lazer.

■ ■ ■ Promoção da atividade física no cotidiano e no lazer

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

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

A prática de atividade física regular combinada com a alimentação saudável promove redução no peso corporal maior que apenas a alimentação de forma isolada, além de aumentar a perda de gordura, preservar a massa magra e diminuir o depósito de gordura visceral (MATSUDO, 1999).

Por todos estes benefícios, o incentivo e apoio à prática de atividade física regular deve ser parte das estratégias dos profissionais de saúde com vistas à manutenção do peso saudável. Para a população em geral, recomenda-se pelo menos trinta minutos de atividade física, na maior parte dos dias da semana, de forma contínua ou acumulada (BRASIL, 2001a).

O incentivo e o apoio à adoção de "modos de viver ativos" devem ser uma prioridade no acompanhamento dos usuários. Dessa forma, busca-se promover a melhoria da saúde e da qualidade de vida da população por meio de ações que permitam aos cidadãos conhecer, experimentar e incorporar a prática regular de atividades físicas (BRASIL, 2005).

As práticas corporais são expressões individuais e coletivas do movimento corporal advindo do conhecimento e da experiência em torno do jogo, da dança, do esporte, da luta, da ginástica etc, construídas de maneira sistemática (nos espaços formais das aulas de educação física nas escolas, por exemplo) e/ou de maneira não sistemática (nos espaços de lazer, no tempo livre). Esta definição amplia as possibilidades de organização e escolha dos modos de relacionar-se com o corpo e de movimentar-se, entendidos como benéficos à saúde de sujeitos e coletividades. Assim, são incluídas as caminhadas, a capoeira, as danças, o tai chi chuan, o shiatsu, a yoga, entre outros. A adoção destas práticas favorece, em especial, ações que reduzam o consumo de medicamentos, estimulam a grupalidade e a formação de redes de suporte social, possibilitando a participação ativa dos usuários (BRASIL, 2005).

Destaca-se que as questões relacionadas com a atividade física compreendem a realização dessas atividades no trabalho, no esporte, na escola, no lazer e nos outros espaços cotidianos. Assim, os profissionais devem considerar os diversos aspectos do planejamento urbano, como os transportes coletivos, a segurança, a existência de praças públicas, clubes, que possibilitem a realização de atividades físicas durante o tempo livre.

A equipe de saúde pode promover, nas unidades de saúde e na comunidade, atividades coletivas que propiciem a atividade física, considerando as diversas fases do curso da vida, tais como jogos e brincadeiras com bola e peteca, caminhadas coletivas, gincanas, trabalhos corporais, manuais, bailes, festas folclóricas, capoeira, teatro.

No entanto, a tarefa de promover o envolvimento da população com a prática de atividade física abrange todos os profissionais. A proposta é que qualquer atividade da vida cotidiana deve ser valorizada e estimulada. Com o usuário com obesidade e sobrepeso, por vezes é difícil iniciar com atividades moderadas ou intensas, devido, entre outras questões, aos problemas respiratórios e músculo-esqueléticos, comuns a este grupo.

O incentivo à adesão às atividades rotineiras, em casa e em seu entorno, em vez de programas estruturados em centros ou locais especiais, de exercícios de baixa a moderada intensidade, como caminhadas de forma solitária ou em grupos, de dança, de atividades do cotidiano familiar, como levar o cachorro para passear, limpar o quintal, andar ou pedalar para ir à praça, à padaria, à feira e outros locais das tarefas do dia-a-dia, pode melhorar a adesão deste grupo ao modo de viver ativo.

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

■ ■ ■ Práticas alimentares como práticas sociais

A alimentação envolve um conjunto de valores e significados, que são de ordem cultural, psicológica, social e simbólica. A relação entre comida e prazer é muito próxima. Assim, ao construir uma rotina alimentar, o profissional interfere em vários aspectos da vida de indivíduos ou grupos.

Na prática alimentar cotidiana de pessoas com excesso de peso, parece haver uma atração por alimentos com alto teor de gordura e açúcar (salgados, frituras, bolos, doces...). Destaca-se que a preferência por açúcar também está ancorada na história do Brasil. A sacarose e outros carboidratos agem como sedativos, elevando os níveis de serotonina; assim, a satisfação associada ao prazer que estes alimentos conferem intensifica a preferência por alimentos doces. Não comemos somente nutrientes, comemos afetos, prazeres, saúde, ansiedades, doces lembranças do passado.

Assim, a reeducação alimentar deve ser gradativa, negociando as substituições alimentares, despertando novos prazeres, sugerindo alimentos, preparações saudáveis, mas também acessíveis, prazerosas e bonitas, considerando os aspectos econômicos, culturais e sensoriais do sabor e da aparência. Para ter uma alimentação saudável não é preciso excluir "coisas gostosas", mas é preciso saber equilibrar evitando os exageros e o consumo frequente de alimentos altamente calóricos.

Deve-se desmistificar a idéia de que tudo que é gostoso engorda e é caro, apresentando alternativas, possibilitando que o usuário descubra o quanto uma alimentação rica em alimentos de baixa densidade calórica (frutas, legumes e verduras, leguminosas, cereais integrais, leite e derivados, carnes com pouca gordura) pode ser saborosa, e com o mesmo orçamento familiar (RIO DE JANEIRO, 2005).

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

6.2 Orientação alimentar com vistas à promoção do peso saudável

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

Como foi mencionado, a alimentação saudável deve ser diversificada e equilibrada ao longo do tempo e fornecer todos os componentes necessários ao desenvolvimento e a manutenção do organismo saudável, de forma prazerosa e segura ⁵.

Em relação à necessidade de energia de cada pessoa, esta depende da idade, sexo, tamanho corporal e nível de atividade física no trabalho, no cotidiano e no lazer. A energia é necessária para manter o metabolismo, bem como a mastigação adequada, o mecanismo de fome-saciedade, o controle glicêmico e o aproveitamento dos alimentos pelo organismo.

Para facilitar o controle do peso, o ritmo metabólico pode ser favorecido pelo fracionamento das refeições. Recomenda-se o consumo de quatro a seis refeições por dia (desjejum; merenda; almoço; lanche; jantar e ceia), evitando consumo de grandes volumes de alimentos em uma única refeição e intervalos prolongados entre as refeições.

A substituição de refeições como o almoço e o jantar por lanches não é recomendada, por não contemplar os diversos nutrientes. Em alguns casos, o lanche pode ser mais calórico e, por conter pouca fibra, sua digestão é mais rápida, diminuindo o tempo de sensação de saciedade.

⁵ A alimentação saudável deve ser livre de contaminação. A contaminação dos alimentos pode ocorrer por meio de contato com organismos estranhos como metal, madeira, vidro, pêlo, poeira, areia, inseto, cabelo ou por compostos químicos como agrotóxicos, pesticidas, inseticidas ou ainda causada por organismos vivos como moscas, caramujos, pulgões e microorganismos (coliformes fecais, salmonelas).

É possível comer um grande volume de alimentos e ingerir poucas calorias ou comer uma pequena porção de alimentos e ingerir muitas calorias, dependendo da densidade energética de cada alimento. A quantidade de carboidratos, proteínas e gorduras presentes nos alimentos é que determina a densidade energética do alimento ou da refeição. Geralmente, os alimentos com maior densidade energética desequilibram a alimentação porque são muito calóricos e pobres em vitaminas, minerais, fibras e água. Tão importante quanto a quantidade de calorias é a variedade dos alimentos que ingerimos. Uma alimentação monótona (composta diariamente pelos mesmos alimentos) poderá ocasionar a falta ou o excesso de alguns nutrientes, facilitando o aparecimento de doenças carenciais como a anemia ferropriva, a hipovitaminose A ou o bócio, além de outras doenças resultantes do consumo excessivo de alguns nutrientes, como hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, diabetes e o excesso de peso (RIO DE JANEIRO, 2005).

A alimentação saudável deve ser equilibrada entre os diferentes grupos de alimentos, variada e colorida. Cada grupo de alimentos fornece nutrientes específicos e essenciais a uma boa manutenção do organismo, nenhum grupo é mais importante do que o outro. Assim, em cada refeição deve-se procurar contemplar um alimento de cada grupo, porém a quantidade de porções indicada depende de cada indivíduo. Destaca-se que é recomendado no almoço e no jantar o uso tanto de frutas como de legumes e verduras.

■ ■ ■ Grupo dos cereais, tubérculos e raízes

Grupo dos alimentos ricos em amido, fonte de energia, que devem ser consumidos com o propósito de repor a energia gasta no desempenho das atividades diárias. Cerca de 55 - 75% (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003) do consumo calórico diário deve vir dos carboidratos. Este grupo é a principal fonte deste nutriente e por isso deve compor entre 45 e 65 % do valor energético total diário.

Os amidos são encontrados nos cereais integrais ou refinados (arroz, milho, trigo, aveia, cevada, centeio e cereais matinais), nas farinhas (arroz, fubá, trigo, mandioca e aveia), nas massas (macarrão, pão, entre outros) e também nas raízes e tubérculos (batata inglesa e doce, inhame, mandioca e cará).

Um alimento deste grupo deve estar presente em cada refeição, como por exemplo, no café da manhã e no lanche, o pão, a mandioca ou a farinha; no almoço e no jantar, o arroz, a batata, a massa ou a farinha.

Destaca-se que fazem parte deste grupo os biscoitos, porém seu consumo é desestimulado por conterem alto teor de sódio e gordura.

Os cereais integrais, por serem também uma importante fonte de fibras, devem sempre que possível fazer parte da alimentação diária.

Açúcar simples

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

■ ■ ■ Grupo das frutas, legumes e verduras

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

De acordo com a Pesquisa de Orçamento Familiar (POF, 2003), a participação de frutas, legumes e verduras na alimentação da população brasileira permaneceu relativamente constante desde a pesquisa anterior equivalente, entre 3 e 4% do total de calorias consumidas (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2004), e aquém da recomendação da ingestão de 400 gramas ou mais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003), o que equivale a 9 - 12 % das calorias totais em uma dieta de 2000 calorias. Dentre as recomendações da Estratégia Global para a Promoção da Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde, documento da OMS do qual do Brasil é signatário, o incentivo ao consumo de frutas, legumes e verduras (FLV) tem sido priorizado em âmbito internacional, visando à prevenção de diversas doenças não transmissíveis associadas à alimentação. Neste sentido, a recomendação da OMS é de que sejam consumidos diariamente pelo menos 400g de FLV, sendo corroborada pelo Guia Alimentar para a População Brasileira, o qual recomenda o consumo diário de 6 porções desses alimentos, distribuídas da seguinte forma: pelo menos três porções de frutas e três de legumes e verduras. Não há problema em ultrapassar a quantidade mínima recomendada, uma vez que estudos demonstram que quanto maior a participação de calorias advindas de FLV na alimentação, mais saudável será a dieta. Outra recomendação importante é o incentivo ao consumo de alimentos com cores diferentes, o que vai garantir a variedade alimentar, com diferentes nutrientes e sabores (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003; INSTITUTO BRASILEIRO DE ORIENTAÇÃO ALIMENTAR, 2005).

O consumo de frutas, legumes e verduras (FLV) crus e cozidos, com casca e bagaço (daqueles que são comestíveis) e o seu aproveitamento integral com o uso de talos e folhas, deve ser estimulado. O uso deste grupo em preparações de massas, de arroz e de carnes torna a alimentação menos calórica, mais nutritiva, colorida, além de proporcionar mais saciedade.

O consumo da quantidade adequada de fibras alimentares é importante na alimentação e na redução de peso, pois contribui para a redução na ingestão energética, o aumento no tempo de esvaziamento gástrico, a diminuição da secreção de insulina e o aumento da sensação de saciedade. Manter uma alimentação rica em frutas, legumes e verduras (FLV) pode reduzir o risco de acidentes cerebrovasculares, de outras doenças cardiovasculares, de diabetes tipo 2, além de proteger contra certos tipos de câncer, como de boca, estômago e cólon.

Há dois tipos de fibras: as insolúveis e as solúveis em água. As fibras insolúveis dão textura firme a alguns alimentos, como o farelo de trigo e frutas, legumes e verduras. Estas fibras ajudam o intestino a funcionar melhor, pois retêm uma quantidade maior de água, produzindo fezes mais macias e com mais volume. As principais fontes são os farelos de trigo, os grãos integrais, nozes, amêndoas, amendoim, casca de frutas como maçã, pêra e legumes e verduras como ervilha fresca, cenoura crua entre outras.

Já as fibras solúveis, depois de ingeridas se transformam em gel, permanecendo mais tempo no estômago e dando uma sensação maior de saciedade. Esse "gel" atrai as moléculas de gordura e de açúcar, que são eliminadas pelas fezes. Dessa forma, as fibras solúveis ajudam a reduzir os níveis de colesterol e glicemia do sangue. São encontradas nas leguminosas (feijão, lentilha, ervilha), nas sementes, nos farelos de aveia, de cevada, de arroz, nas frutas, legumes e verduras.

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

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

■ ■ ■ Grupo das carnes (bovinos, suínos, aves e peixes) e ovos

Seu consumo deve ser estimulado nas grandes refeições, dando preferência a carnes magras, de boi, peixe e aves sem pele, carne branca de porco, como lombinho, e ovos. A recomendação de ingestão é de uma porção /dia num plano alimentar de 2.000 calorias. Estes alimentos são ricos também em gorduras, e colesterol, por isso, devem ser consumidos com moderação. Ressalta-se que o uso de vísceras, carnes salgadas e gordurosas, e de embutidos tais como salsicha, lingüiça, presunto, entre outros, deve ser desestimulado.

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

■ ■ ■ Grupo do leite e derivados

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

■ ■ ■ Grupo dos feijões e outros alimentos vegetais ricos em proteínas

As leguminosas são grãos contidos em vagens ricas em tecido fibroso. Os grãos secos como o feijão, lentilha, grão de bico e soja, embora sejam consideradas proteínas incompletas, quando consumidos junto a cereais tais como o arroz, milho e trigo realizam combinações protéicas de valor semelhante ao das proteínas completas, por isso essas combinações devem ser estimuladas. Consumir arroz e feijão diariamente faz parte de uma alimentação saudável. Algumas espécies de grãos podem ser consumidas quando ainda verdes (ervilhas e vagens).

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

Estes três grupos (carnes, leite e feijões) representam a fonte principal das proteínas, que têm como função a construção de tecidos, músculos, estrutura óssea e cartilagens no corpo humano. Cerca de 10 a 15% do consumo calórico da alimentação diária devem ser fornecidos por este grupo de alimentos. Destaca-se que a necessidade de proteína no início da vida é muito maior do que na vida adulta, devido ao intenso ritmo de crescimento. O mesmo acontece em situações específicas, como a gravidez, a amamentação, a recuperação de cirurgias ou de acidentes e a prática profissional de esportes.

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

■ ■ ■ Grupo dos óleos e gorduras

Este grupo é a principal fonte de lipídeos, fornecendo energia, ácidos graxos essenciais e vitaminas lipossolúveis. Cerca de 15 a 30% das calorias diárias devem ser fornecidas por este grupo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003). Cada grama de lipídeo fornece 9 kcal, mais que o dobro fornecido pelo mesmo peso de carboidrato ou proteína (4 Kcal/g).

Os exageros de gordura na alimentação, além de elevar o seu valor energético total, podem levar à obesidade, à elevação do colesterol total e suas frações e à resistência à insulina.

As gorduras que se apresentam sólidas à temperatura ambiente, como manteiga e banha, são de origem animal, chamadas de saturadas e ricas em colesterol.

Gorduras líquidas à temperatura ambiente são de origem vegetal. Quando estas gorduras vegetais sofrem um processo chamado de hidrogenação (como na margarina e no creme vegetal), são transformadas em gordura vegetal hidrogenada ou **gordura trans**.

GORDURA TRANS

É uma gordura formada por meio de um processo de hidrogenação natural (na gordura de animais ruminantes) ou industrial.

A gordura vegetal hidrogenada é um tipo específico de gordura trans produzido pela indústria. O processo de hidrogenação industrial que transforma óleos vegetais líquidos em gordura sólida à temperatura ambiente é utilizado para melhorar a consistência dos alimentos e o tempo de "prateleira" de alguns produtos.

Estas gorduras estão presentes na maioria dos alimentos industrializados, em concentrações variáveis. A gordura trans (hidrogenada) é prejudicial à saúde, podendo contribuir para o desenvolvimento de algumas doenças crônicas como dislipidemias. De acordo com a OMS não se deve consumir mais do que 2 gramas/dia (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

Os óleos em geral, como óleo de oliva (azeite de oliva), e outros como soja, canola, girassol, algodão e milho são fonte de gordura insaturada e, como qualquer alimento de origem vegetal, não contêm colesterol, podendo ser usados para cozinhar. Em relação à quantidade de óleo no ambiente doméstico, recomenda-se o uso de uma lata ou frasco de 900ml ao mês para uma família de quatro pessoas.

Exceções dentro do grupo dos óleos vegetais são os óleos de coco e de palma, que possuem gordura saturada em sua composição. Para o uso cotidiano, deve ser evitado o óleo de coco. Estudos comprovam que o óleo de palma (azeite de dendê) e seus subprodutos, além de serem fontes de vitamina A, já tiveram seu consumo associado a melhoras do perfil lipídico, com diminuição e/ou produção de níveis normais de colesterol total e elevação dos níveis de HDL - colesterol (KESTELOOT, 1999; NG et al., 1991).

A forma de utilização da gordura em preparações interfere no valor calórico total diário. Assim, deve-se estimular o uso de preparações como saladas, refogados, ensopados, cozidos, assados, grelhados, com a utilização moderada de óleo ou azeite. Frituras em geral devem ser evitadas.

Deve-se ter cuidado com as preparações ou salgadinhos disponíveis no comércio, pois em muitos casos há reutilização do óleo, tornando-o uma gordura saturada. Os salgadinhos industrializados utilizam gordura vegetal em grandes quantidades. Seu consumo também deve ser evitado.

Uma boa alternativa é o uso de azeite, principalmente como tempero, em saladas, em molhos ou em emulsões, pois quando aquecido em alta temperatura, perde suas características sensoriais e físicas, benéficas à saúde.

O azeite de oliva pode ser classificado como virgem (obtido do fruto da oliva por processos mecânicos), refinado (obtido a partir do refino do azeite de oliva virgem) e azeite de oliva (mistura de azeite de oliva refinado como azeite virgem) (PHILIPPI, 2003).

O azeite é rico em gorduras monoinsaturadas que contribuem para a diminuição do colesterol fração - LDL e manutenção dos níveis do colesterol fração - HDL, ajudando assim a manter um equilíbrio entre estas duas frações.

Uma alimentação saudável deve ter no máximo 10% das calorias totais de gordura saturada, devendo ter de 6 a 10% das calorias totais de poliinsaturada, 1-2% das calorias totais de ômega 3 e 5-8% das calorias totais de ômega 6; a quantidade de gordura monoinsaturada deve ser calculada a partir da diferença do total de gordura menos as gorduras saturadas, poliinsaturadas e trans - deve ficar em torno de 20%. Menos de 1% das calorias totais de gordura deve ser de origem trans, e a recomendação de ingestão de colesterol é de menos de 300 mg colesterol por dia (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

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

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

Fonte: Duarte, 2005.

■ ■ ■ Água

Tão importante quanto os nutrientes, a água desempenha um papel fundamental para a saúde. O corpo libera água e necessita de sua reposição e a sede é um sinal de sua necessidade. Por isso, sua ingestão deve ser estimulada, recomendando-se um consumo de cerca de dois a três litros por dia.

A água apresenta funções plástica, condutora, termo-reguladora, solvente, protetora e excretora em nosso organismo.

Está presente em todas as células do nosso corpo, sendo que 60 a 75% do corpo humano são compostos por água. A água funciona como meio de transporte ao conduzir todas as substâncias que circulam pelo sangue; mantém a temperatura ideal do corpo humano por meio da sua retenção ou eliminação, pelo suor e pela urina; por diferentes mecanismos, tem uma função protetora de partes do organismo, tais como o olho e as articulações; dissolve os alimentos, participando da digestão. Destaca-se que, para esta

função, a água deve ser ingerida nos intervalos e não durante as refeições, pois dificulta o processo digestivo uma vez que pode diluir o suco gástrico.

A água facilita também a excreção do que não foi aproveitado pelo organismo, dissolvendo as substâncias a serem eliminadas pelo suor, respiração, urina e fezes. Além disso, seu consumo evita a constipação intestinal.

Além da água, deve-se estimular a ingestão de outros líquidos, tais como sucos de frutas, água de coco, assim como desestimular o consumo de refrigerantes, água gaseificada, sucos industrializados e bebidas alcóolicas. Ao contrário do que se imagina, o álcool contido no chope, na cerveja e em outras bebidas pode desidratar e interferir nas demais funções descritas anteriormente.

■ ■ ■ Sal

Além do sódio encontrado normalmente nos alimentos in natura, ingerimos este nutriente diariamente no sal (cloreto de sódio-NaCl) que é acrescentado às preparações, e também nos alimentos industrializados, nos quais são acrescentados derivados de sódio para conservação⁶. O consumo de sódio de todas as fontes deve ser limitado de maneira a contribuir no controle da pressão arterial e reduzir o risco de doenças coronarianas e acidente vascular encefálico.

Na busca de alternativas para enfrentar a falta de tempo, as famílias muitas vezes acabam optando por refeições de preparo rápido e fácil, incorporando o uso de alimentos industrializados. Este é um dos motivos pelos quais o consumo diário de sódio por pessoa é elevado, em torno de 2 a 7 g (equivalente a 6-18g de cloreto de sódio), quando a recomendação é de 1,7g de sódio/dia, o que equivale a 5g de cloreto de sódio (NaCl) por dia (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2004; BRASIL, 2004a).

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

Hoje, obrigatoriamente, todos os alimentos industrializados devem apresentar rótulo nutricional. Os consumidores têm direito a receber uma informação exata, padronizada e compreensível sobre o conteúdo dos produtos alimentícios que lhes permita adotar

⁶ bicarbonato de sódio (agente fermentante, regulador da acidez); carbonato de sódio (neutralizante), caseinato de sódio (texturizante), hexametáfosfato de sódio (emulsificante, sequestrante, texturizante), hidróxido de sódio (é um agente que dá brilho e retira a casca, neutralização) pectinato de sódio (estabilizador, espessador), glutamato monossódico (aromatização), stearyl-2-lactilato de sódio (emulsificador, confere plasticidade) (Rotmam, 1987).

decisões saudáveis (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2005). O sódio deve estar descrito nos rótulos dos alimentos industrializados.

O profissional de saúde deve orientar o usuário a entender os rótulos, observando o prazo de validade e a integridade das embalagens, os ingredientes e a composição nutricional, bem como estimulá-los ao hábito de leitura dos mesmos. A especificação por porção facilita o entendimento da composição em relação às calorias, aos nutrientes e alguns micronutrientes, como o sódio. Cabe ressaltar que existe no rótulo a informação sobre o Valor Diário de Referência (VD), que expressa a quantidade de nutriente no alimento em relação à recomendação para a população brasileira.

■ ■ ■ Alimentos *diet* e *light*

Deve-se estar atento aos produtos com denominações *diet*, *light*, *low*, *free*, que há algum tempo se avolumaram nas prateleiras dos supermercados. Estes alimentos também fornecem calorias e não podem ser consumidos de forma indiscriminada.

O consumidor, entretanto, não está suficientemente esclarecido sobre o significado desses termos e sente-se pouco seguro em utilizar tais alimentos ou os utiliza de forma inadequada, devido à falta de compreensão das declarações de rotulagem. Nem todos os produtos *diet* e *light*, ao contrário do que se pensa, possuem redução calórica.

O termo *diet* refere-se ao produto que apresenta restrição de algum tipo de nutriente, principalmente de açúcar, mas também pode ser isento de gorduras, proteínas, sódio e outros.

Inicialmente, esses produtos foram desenvolvidos "sem açúcar" para os diabéticos, mas, com o tempo, os alimentos foram se diversificando e passaram a atender uma série de outras necessidades de saúde e de estética.

De outra forma, o termo *light* só pode ser usado para designar alimentos que apresentem uma redução calórica ou de outros componentes de pelo menos 25% em relação ao produto original. Para que isso seja feito, há uma redução na quantidade de algum nutriente, como carboidratos, gorduras, proteínas ou sódio.

Tanto os produtos *diet* quanto os *light* podem apresentar um valor calórico significativo. Em alguns casos, um produto *diet* pode ser até mais calórico do que o não *diet*. Um bom exemplo é o chocolate *diet*, em cujo processo de produção é retirado o açúcar e aumentada a quantidade de gordura.

O termo "edulcorantes" é empregado para designar substâncias que apresentam ação adoçante, podendo ser de caráter natural ou artificial, e com o poder adoçante

muito superior ao da sacarose. Pode ser indicado para pessoas com excesso de peso e para aqueles que necessitam controlar o ganho de peso, porém, é necessário ter cuidado para não exagerar no consumo e não extrapolar a quantidade diária máxima permitida. O uso em excesso pode trazer prejuízo à saúde.

O largo consumo de edulcorantes artificiais e naturais nas diferentes fases do curso de vida tem gerado controvérsia, principalmente o uso em gestantes e crianças. Este tema merece atenção dos profissionais de saúde, devido à falta de dados sobre o uso seguro como produto de consumo regular (ACCIOLY et al., 2002).

Destaca-se que, para a promoção da alimentação saudável, cabe também aos profissionais orientar sobre as escolhas dos alimentos consumidos no dia-a-dia, as compras (qualidade, integridade, tamanho de porções), a higienização (cuidados com a higiene pessoal, com ambiente, equipamentos e utensílios na manipulação de alimentos)⁷ e o armazenamento dos alimentos disponíveis na geladeira e na dispensa.

Mais informações sobre orientação alimentar podem ser conhecidas no Guia Alimentar para a População Brasileira (www.saude.gov.br/alimentacao).

6.3 O Trabalho com Grupos: uma estratégia para a construção coletiva do conhecimento

As ações educativas permeiam todas as práticas desenvolvidas, estando presentes em todas as relações do profissional de saúde com os usuários, tanto na consulta individual como nas atividades em grupo. Estas ações são necessárias e complementares na busca da qualidade do cuidado em saúde. Estamos falando, portanto, de diálogo, conversa a dois ou conversa coletiva.

O trabalho com grupos tem como objetivo alcançar a construção coletiva do conhecimento, podendo ser um pólo aglutinador dos profissionais e usuários, principalmente quando é realizado por uma equipe multidisciplinar.

De uma maneira simplificada, os trabalhos educativos com grupos podem ser reunidos em dois modelos que possuem concepções de educação divergentes: no primeiro modelo, que é caracterizado por uma visão mais tradicional do processo educativo, os profissionais detêm o saber científico e os transmitem aos participantes do grupo. A equipe é composta por diferentes profissionais, e cada qual desenvolve um tema sob a forma de palestra, com predomínio da transmissão do conhecimento. No segundo

⁷ Para mais informações, ver materiais produzidos pela Anvisa (www.anvisa.gov.br)

modelo, caracterizado por uma visão crítica do processo ensino-aprendizagem, a concepção de educação é baseada na troca, na construção, no compartilhar do conhecimento entre os profissionais, usuários e comunidade. Nesta última concepção, o grupo é compreendido como um espaço educativo, de reflexões, de troca de experiências e anseios, de melhoria da auto-estima e construção de cidadania (ROTENBERG, 2003).

Nesta segunda abordagem, a prática educativa coletiva é uma estratégia que prioriza a criação de espaços de diálogo. Ela possibilita aos serviços de saúde a construção de conhecimentos e práticas mediadoras da abordagem restrita ao biológico com visões mais abrangentes das ciências sociais. As famílias podem adquirir conhecimentos e habilidades que facilitem seu dia-a-dia e a construção de melhores condições de vida. Passa a ser um instrumento de construção da participação popular nos serviços e, ao mesmo tempo, de aprofundamento da intervenção da ciência na vida cotidiana das famílias (VASCONCELOS, 1998). Neste sentido, as práticas educativas deixam de ser uma atividade a mais realizada nas unidades de saúde e passam a ser o eixo aglutinador e reorientador do cuidado à saúde.

Os profissionais de saúde, pela relação dialógica com os usuários, podem ser atores e autores na construção de um novo saber sobre saúde e nutrição. Dentre os aspectos fundamentais nesta relação, destaca-se a importância da valorização, por sua parte, do conhecimento já adquirido pelos usuários. Valorização esta que pode ser expressa numa atitude de ser também aprendiz diante do processo de construção do conhecimento. A partir desta atitude, o profissional pode demonstrar o reconhecimento da identidade cultural da população, favorecendo o resgate de sua auto-estima, já tão desgastada no contato com os serviços tradicionais de saúde (ROTENBERG, 1999).

Entretanto, nem sempre existe uma relação tão harmoniosa entre a população usuária e o serviço de saúde. Nem os profissionais nem os indivíduos são iguais. Ao contrário, portam distintas vontades e detêm diferentes projetos de vida, agindo ética e politicamente de modo diversos. O trabalho educativo-participativo é demorado e exige investimento na formação do profissional. No caso específico, o trabalho com os usuários com sobrepeso/obesidade, dada a complexidade do problema, não é de retorno imediato. Ressalta-se que este não é um trabalho fácil e previsível, mas carregado de surpresas e emoções.

O papel do profissional não é de somente repassar informações, mas sim de estimular a problematização, o "saber pensar" criticamente, fazendo com que o usuário se torne o sujeito da ação, ou seja, um ser autônomo com seu próprio conhecimento.

A prática educativa deve ser entendida como um espaço em construção, no qual as mudanças vão ocorrendo de acordo com o desejo, o tempo e o limite de cada um. Para

isso, é fundamental o trabalho baseado na troca, no respeito, no diálogo e na escuta (SILVA, 2004).

Neste processo não só o educando está sendo modificado, mas também o educador se modifica: os dois movimentos ocorrem ao mesmo tempo. Desta forma, a equipe de saúde necessita também de formação, de espaços de troca, de discussão, de diálogo, de repensar sua prática profissional. Para isso, faz-se necessário construir espaços de educação permanente, investir nos profissionais, destinar carga horária ao trabalho de planejamento e avaliação contínua na busca da qualidade do cuidado em saúde.

■ ■ ■ Planejando um grupo educativo

No planejamento das atividades devemos considerar as seguintes questões:

- Quem compõe o grupo? A quem se dirige e quem compõe a equipe de coordenação?
- Quais os objetivos do grupo?
- Qual será a periodicidade do grupo?
- O grupo será aberto ou fechado? De quantos encontros? Com quantos participantes?
- Como serão construídos e trabalhados os temas?
- Quais as técnicas que serão utilizadas?
- Como se dará a formação dos profissionais da equipe?
- Como registrar as atividades?
- Como avaliar este trabalho?

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

Os grupos podem ser classificados em três modelos básicos: grupos de sala de espera, grupos fechados e grupos abertos, sendo que cada um deles tem suas especificidades e características próprias (MALDONADO, 1982). A escolha por um desses modelos vai depender da demanda, dos objetivos propostos para a criação do grupo, da infra-estrutura e do tempo disponível para o desenvolvimento desta atividade.

O modelo de grupo de sala de espera é dirigido aos usuários que estão aguardando a hora da consulta. É um grupo formado espontaneamente, sem história temporal e com um único encontro. Este grupo é muitas vezes a única alternativa viável nos serviços de saúde que não dispõem de espaço físico para atividades coletivas no próprio centro de saúde.

O modelo de grupo fechado tem como característica básica a delimitação dos participantes e do tempo de duração da existência do grupo, ou seja, começa e termina com os mesmos participantes dentro de uma duração pré-determinada, porém com certa flexibilidade, de acordo com o interesse do grupo. Há inúmeras vantagens de se trabalhar com este modelo, entre elas, a formação do vínculo de confiança, decorrente do convívio, intensificando a troca de experiências semelhantes. Outra vantagem é que, como não há mudança de membros do grupo, as informações não se repetem e todos têm acesso às informações simultaneamente, diminuindo a chance de os participantes se desmotivarem, pois cada encontro é preenchido com novas experiências.

Já o modelo de grupo aberto tem como característica básica a variabilidade do tempo e dos participantes, ou seja, o tempo varia para cada participante e o número destes varia de acordo com o espaço físico do local. Neste modelo, há uma rotatividade dos participantes. Esta rotatividade, pode prejudicar a motivação dos participantes e o aprofundamento de temas no grupo pois, muitas vezes, as informações são repetidas em função dos novos participantes. Entretanto, possibilita o contato com novas vivências. Porém, o coordenador deverá estar atento para que a atividade em grupo não se torne uma simples transmissão de informações sem a discussão de vivências dos participantes.

Apesar da diversidade existente em cada modelo de grupo, questões como cidadania, autonomia e liberdade devem estar inseridas em todos os momentos, de forma que os participantes se percebam como sujeitos atuantes e não como meros ouvintes. Entretanto, conforme já dito, esta construção é lenta e demanda tempo, sendo, portanto, diferente da lógica enraizada na maioria das formações profissionais, que valorizam a busca de resultados imediatos e quantificáveis.

Os temas e questões devem ser conduzidos de forma que a troca de informações favoreça o processo de aprendizagem, ou seja, que o grupo reflita e avalie a partir das suas experiências. Desta forma, o "saber escutar" se torna uma prática fundamental, pois a partir da escuta é que o profissional irá identificar os temas a serem explorados, refletidos e aprofundados, de acordo com a necessidade do grupo. Todos os temas e discussões devem ser pautados na busca de motivação e autonomia dos usuários.

As dinâmicas de grupo, com momentos lúdicos, com incentivo à realização de trabalhos manuais, passeios culturais e motivação para atividade física, abrem espaço para a busca da saúde e nutrição, compreendidas de forma ampla e não apenas como ausência de doença (ROTENBERG, 2002; 2003).

Uma vez que a situação nutricional e alimentar, no caso específico o sobrepeso/obesidade, expressa não só o posicionamento do indivíduo e de seu grupamento na estrutura social, tanto do ponto de vista econômico quanto social e simbólico, mas também a forma como reagem a estes condicionantes, fica bastante clara a necessidade de uma atuação profissional que promova a articulação destes diferentes aspectos na compreensão do tema (BURLANDY, 2004).

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

Estes temas devem ser abordados no grupo de forma criativa, por meio de jogos e brincadeiras, pois a brincadeira possibilita o movimento, o envolvimento, a aproximação usuário-profissional, profissional-profissional e usuário-usuário. A opção pelo lúdico, pela brincadeira e pela conversa informal permite compartilhar experiências, vivências e aprendizados na busca de maior autonomia, auto-estima, crescimento e cidadania.

O lúdico e a brincadeira possuem uma seriedade intrínseca; têm como aspecto característico representar a realidade, parafrasear a seriedade da vida. O faz-de-conta que imita a família, o amor, o trabalho, a casa, a vida. Por meio do jogo, podemos viver a experiência da criação. O jogo, de uma forma positiva, proporciona liberdade, criatividade, estabelece regras e capacidade de escolhas (SANTA ROSA, 1993).

Outra forma de abordar os temas de interesse é a construção coletiva de materiais pedagógicos, tais como cartazes e outras expressões plásticas, que abordem a alimentação saudável, o aleitamento materno, a saúde e seus determinantes, a auto-imagem corporal, os papéis feminino e masculino, os rótulos dos alimentos, seus significados e usos, entre outros. Trabalhos manuais, utilização de sucatas, desenhos, corte e colagem e uso de massa de modelar permitem maior participação, discussão e proximidade entre profissionais e usuários dos serviços.

Os profissionais que compõem a equipe de coordenação têm um papel de facilitador do processo ensino/aprendizagem.

Para que o grupo realmente trabalhe de forma a valorizar as experiências e vivências, é preciso que os coordenadores estejam minimamente preparados para ouvir as questões que surgem durante as reuniões. Entretanto, vale ressaltar que o profissional não precisa ter respostas prontas. A partir do momento que o profissional entende e consegue trabalhar com o fato de que não sabe tudo, de que é também um sujeito com experiências de vida, com valores, crenças e costumes próprios, abre possibilidades para a troca de saberes entre profissional/grupo e entre a equipe de saúde.

O registro da atividade também é uma forma de integração e amadurecimento da equipe. Cabe destacar a importância do registro no momento do planejamento (objetivos, temas, dinâmicas, recursos necessários), durante o processo da atividade (falas, dúvidas, ansiedades, saberes) e ao seu término (impressões dos usuários e dos profissionais).

O registro tem duplo objetivo: permitir que se dê visibilidade ao trabalho e servir como ferramenta de avaliação e planejamento da ação. A partir do registro, os temas, as falas, os sentimentos expressos podem ser analisados pela equipe, subsidiando a construção dos próximos encontros e a avaliação desta prática a médio e longo prazo.

O investimento em educação permanente que possibilite a articulação entre a teoria e a prática na rede de saúde pode oferecer aos profissionais uma análise da realidade de saúde, das vivências e experiências da população que incorpore não só os aspectos biológicos, mas também os sociais. Desta forma, visando ao aprimoramento contínuo dos recursos humanos da saúde, cabe aos profissionais participar de fóruns de discussão, grupos de estudos interdisciplinares, pesquisas, simpósios, seminários e congressos científicos, além de encontros comunitários.

■ ■ ■ Atividades Educativas sobre Alimentação Saudável⁸

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

- Propor ao grupo uma discussão sobre comportamento alimentar baseada na música "Comida" do grupo Titãs. A discussão pode ser motivada com perguntas como "você tem fome de quê?"; "você come para quê?"; "você come o quê?".
- Formar grupos para problematizar cenas do cotidiano sobre alimentação na vida moderna (comer com pressa, comer vendo televisão, comer sozinho, substituir refeição por lanche).
- Estimular a influência dos sentidos na alimentação. De olhos vendados, a pessoa deve ser estimulada pelo olfato, gosto e o tato, ao tentar descobrir o alimento. Deve-se utilizar principalmente frutas, legumes e verduras, pouco utilizados na alimentação diária.
- Incentivar os trabalhos manuais. Dispor de material de sucata: caixas, tampas, cola, barbante, grãos, palha, papel, lápis preto, lápis de cor, papel colorido, retalhos de tecido, etc, para o desenvolvimento de atividades criativas como corte e colagem, confecção de desenhos, bonecos, presentes etc.

⁸ Sugestões adaptadas de texto produzido pelo projeto de Oficina Culinária, Saúde e Prazer desenvolvido nos anos de 2004 e 2005 pelo Instituto de Nutrição Annes Dias-SMS-RJ.

- Incentivar e organizar passeios culturais a museus, a parques, ao teatro, como forma de inclusão social.
- Incentivar caminhadas e passeios recreativos, buscando o movimento, resgatando o prazer, a alegria e a brincadeira.
- Debater com os usuários sobre a "comida com gosto de infância": o que comiam, quem fazia a comida, como fazia, em que ocasiões fazia... Registrar e discutir com o grupo as mudanças nos hábitos alimentares e na forma de preparação dos alimentos ao longo do tempo.
- Pesquisar, no próprio grupo, os participantes que vieram de outras regiões brasileiras ou que tenham parentes em tal situação. Incentivar o relato de experiências e o conhecimento de outros hábitos alimentares, gêneros e pratos típicos.
- Pesquisar os alimentos da safra, como é possível se alimentar de forma saudável, com menor custo, em cada época do ano.
- Promover festivais ou concursos entre os participantes do grupo. Como exemplo pode ser realizado festival com alguns temas como "sucos de frutas", "saladas" ou "sobremesas à base de frutas". Todos podem degustar as preparações e comentar sobre a experiência.
- Realizar o "Dia da Gostosura". Cada um deve trazer um alimento que nunca comeu. Os alimentos devem ser expostos de modo atraente e os participantes devem ser estimulados a provar alguns deles. Discutir com o grupo sobre a possibilidade de incluir novos alimentos em seus hábitos.
- Organizar com recortes de revistas ou desenhos ou montagens feitas pelos usuários sobre sua própria aparência a partir das perguntas "Como sou?" e "Como gostaria de ser?". Discutir os padrões de beleza criados pela sociedade.
- Simular programas de televisão que abordem questões polêmicas com debates interativos (obesidade e magreza; beleza estética; saúde e nutrição...).
- Armar em mural a pirâmide dos alimentos, utilizando recortes de revistas ou mesmo embalagens de alimentos. Discutir os rótulos dos alimentos, alimentos diet e light.
- Organizar festas com brincadeiras; brincar de amarelinha com os participantes, de dança da cadeira, quadrilhas, cirandas e de outras brincadeiras que o grupo sugerir.
- Com a consigna "Vamos às compras?", disponibilizar gravuras de alimentos saudáveis, e não saudáveis que os participantes poderão escolher e colar num carrinho de supermercado desenhado em cartolina. Debater sobre o que comprar, o tamanho das porções e os motivos das escolhas.
- Organizar oficinas culinárias com degustação e disponibilização de receitas saudáveis de acordo com a disponibilidade e recursos locais. Pode-se estimular também a troca de receitas saudáveis entre os membros do grupo.

7 - UM OLHAR SOB A PERSPECTIVA DAS FASES DO CURSO DA VIDA⁹

61

CADERNOS DE
ATENÇÃO BÁSICA

Ao longo do curso da vida humana identificam-se fases que se destacam por apresentarem características peculiares e necessidades fisiológicas e psicossociais específicas (CNSAN, 2004).

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

■ ■ ■ Lactentes, pré-escolares e escolares

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

Desta forma, investir na nutrição da mulher e da criança tem benefícios de curto e longo prazo. O aleitamento materno é a primeira prática de alimentação saudável. A promoção do aleitamento materno é considerada uma das ações básicas para a promoção do pleno crescimento e desenvolvimento, redução da mortalidade infantil e prevenção de doenças na infância e na fase adulta. No entanto, para a promoção desta prática,

⁹ Visando à promoção da alimentação saudável, uma das diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, a Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde vem elaborando uma série de materiais de apoio, delineados de acordo com a abordagem do curso da vida, tais como: "Dez Passos para uma Alimentação Saudável: Guia alimentar para crianças menores de dois anos"; "Como está a sua Alimentação?" "Alimentos Regionais Brasileiros"; "Guia Alimentar para População Brasileira", disponíveis em <http://portal.saude.gov.br/alimentacao> (Anexos E e F).

devem ser garantidas as condições necessárias à sua realização, desde o acesso à realização do pré-natal, alojamento conjunto, o efetivo direito à licença-maternidade, direito à informação, apoio das instituições, profissionais de saúde, da família e sociedade. A ausência desses fatores é responsável pelas dificuldades enfrentadas pelas mulheres para o início e manutenção do aleitamento materno (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL, 2004).

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança, a Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação, a Rede Nacional de Bancos de Leite Humano, o Projeto Bombeiro Amigo da Vida, a Semana Mundial de Amamentação e o investimento na adequação da legislação, como, por exemplo, a revisão da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para lactentes são as principais estratégias de promoção da amamentação atualmente (CASTRO et al., 2004).

Na rede de atenção básica, a busca pela estratégia de implantação da Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação deve ser uma meta. Os serviços de saúde devem estar preparados e acessíveis tanto no pré-natal, quanto após o nascimento do bebê, no sentido de receber, apoiar e estimular a mulher, o companheiro e a família. Os profissionais de saúde devem estar sensibilizados e aptos para responder às demandas técnicas, também para dar suporte às angústias, tensões e receios, promovendo o acolhimento necessário neste período.

A composição do leite materno atende às necessidades nutricionais do lactente até o sexto mês de vida, sendo desnecessária a oferta de outros alimentos, inclusive água e chás. O bebê que mama no peito tem mais saúde, cresce bem e adoece menos. Por meio amamentação exclusiva, torna-se possível evitar o risco de contaminações, diluições inadequadas de leite, prejuízos ao estado nutricional infantil, prevenindo diversas infecções como diarreia e pneumonia, que ocorrem nesta fase. Além destas vantagens, o aleitamento materno vem sendo cada vez mais valorizado por sua capacidade de fortalecer o vínculo afetivo intrafamiliar, o retorno do peso materno, protegendo a saúde e prevenindo o excesso de peso da mulher (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001).

Por volta dos seis meses de idade, o leite materno sozinho já não é suficiente para satisfazer às necessidades da criança; portanto, as crianças devem começar a receber outros alimentos e o leite materno deve continuar a ser oferecido, de forma complementar, até o segundo ano de vida.

Deve-se estar atento para este momento, pois, além de poder propiciar o desmame precoce, a introdução inadequada de alimentação complementar ao aleitamento, insuficiente em termos de conteúdo energético e de nutrientes, tem representado grande fator de risco para a saúde e nutrição das crianças, resultando em agravos como desnutrição, alergias alimentares, anemias, hipovitaminose A e sobrepeso.

A primeira fase da infância apresenta importantes aspectos para a formação de hábitos e práticas em geral, e especificamente alimentares. Inserida no contexto familiar, a criança

começa a formar e internalizar os padrões de comportamento alimentar, em termos de sabor, olfato, textura, quantidade dos alimentos, horário e ambiente das refeições etc. Trata-se de um processo que se inicia nesta fase e estende-se por todas as demais fases do curso da vida.

A alimentação complementar deve seguir os hábitos alimentares da família adaptada às necessidades fisiológicas da criança. O preparo da alimentação da criança deve ser cuidadoso, em particular para as pequenas que estão sendo apresentadas aos novos alimentos a partir do período de transição alimentar (6º mês de vida). A consistência dos alimentos deve adequar-se à maturidade fisiológica da criança, de tal forma que aos 12 meses de vida ela já consuma os alimentos próprios da família. Nesse período, a criança está formando seus hábitos alimentares, sendo uma fase essencial, já que terá repercussão no padrão alimentar do indivíduo por todo o curso da vida.

Desta forma, a introdução adequada de alimentos complementares pressupõe a presença de alimentos dos diferentes grupos (frutas, legumes e verduras; cereais e leguminosas; carnes e leite), em formas de papas, purês. Deve-se evitar o consumo excessivo de farinhas, açúcar, sal, óleos e alimentos industrializados. A utilização de farinhas junto ao leite consumido pela criança, quando ocorre precocemente, além de precipitar o desmame (e prejudicar o aleitamento materno) introduz desnecessariamente uma prática capaz de contribuir para o excesso alimentar.

O conceito da criança "gordinha" como sinônimo de saúde deve ser reconstruído por meio de um processo educativo compartilhado entre profissionais de saúde e a família, no sentido de sensibilizar para a necessidade de um acompanhamento nutricional, estimulando a formação de práticas alimentares saudáveis. Desta forma torna-se imprescindível a valorização do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, a partir da caderneta da criança.¹⁰

■ ■ ■ Promoção da alimentação saudável à criança:

- promoção, apoio e estímulo ao aleitamento materno exclusivo até o 6º mês e complementar até dois anos de vida ou mais;
- valorização do acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento, a partir da caderneta da criança;
- orientação da alimentação da criança com base nos 10 passos da alimentação da criança menor de 2 anos (Anexo F);

¹⁰ O acompanhamento nutricional das crianças obesas visa à manutenção do crescimento e da saúde da criança, com ênfase na construção de hábitos saudáveis. É contra-indicada a restrição calórica acentuada, pois pode prejudicar o crescimento infantil. (Accioly et al., 2002).

- incentivo ao uso de alimentos regionais, especialmente frutas, legumes e verduras;
- incentivo ao consumo de alimentos fontes de ferro;
- orientação sobre o consumo de alimentos fontes de vitamina C junto com alimentos fontes de ferro para aumentar a biodisponibilidade deste micronutriente;
- orientação sobre as principais fontes de vitamina A e de iodo;
- estímulo ao uso moderado do sal iodado e correto armazenamento do sal no domicílio;
- estímulo à produção de alimentos por meio de hortas domésticas e à criação de pequenos animais pela comunidade.

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

No que diz respeito à alimentação, cabe salientar que, a partir dos dois anos de idade, a criança tem o apetite reduzido, pois há uma desaceleração na velocidade do seu crescimento. Torna-se mais seletiva na ingestão dos alimentos, porém não tem habilidade de escolher uma alimentação balanceada e adequada ao seu crescimento e desenvolvimento, apresentando grande senso de imitação. Os pais, a família, assim como as instituições de educação têm um papel importante na promoção da alimentação saudável, pois são estes que determinam os alimentos que serão oferecidos, estabelecendo limites em relação aos alimentos inadequados, tais como refrigerantes, balas, doces, guloseimas, frituras e alimentos gordurosos, visando à proteção à saúde e prevenção do excesso de peso. Na infância, devem ser estimulados o consumo diário de arroz, feijão, frutas, legumes e verduras, incluindo os folhosos, laticínios e carnes magras.

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

A alimentação infantil merece ser cuidada e isso não significa oferecer aos filhos tudo o que eles querem ou vêem em propagandas.

O público infantil é o principal alvo das propagandas de alimentos, que apelam para desenhos coloridos, "bichinhos" carinhosos, músicas animadas, artistas simpáticos e coleção de brindes, para chamar a atenção das crianças e estimular o consumo permanente de certos produtos. Por ser uma fase da vida em que a referência familiar é fundamental na formação dos hábitos alimentares, os pais devem ficar atentos à influência da propaganda sobre a alimentação da família.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Cabe destacar que o adolescente deve ser parte ativa das ações de saúde, cabendo à equipe atendê-lo de forma desprovida de autoritarismo e de soluções prontas. Faz parte do acompanhamento resgatar a sua auto-estima para que se possa promover o desenvolvimento de sua autonomia, assim como promover sua participação social ativa

em ações comunitárias de seu interesse (protagonismo juvenil), principalmente naquelas relativas à saúde e nutrição. Os adolescentes têm direito a escolhas, mas é preciso que as opções saudáveis sejam oferecidas e sejam também acessíveis no seu cotidiano.

Alimentar-se bem depende de acesso, informação e escolha. Conhecer mais sobre os alimentos/alimentação é um grande trunfo para fazer escolhas mais saudáveis. Assim, a equipe de saúde deve incentivar e facilitar a promoção do peso saudável, proporcionando informações relacionadas aos alimentos, como sazonalidade e conseqüentemente preço, análise de rótulos para compreensão da composição do alimento, data de validade e das condições das embalagens, armazenagem, sua utilização em preparações práticas, saudáveis e saborosas.

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

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

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

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

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

Além disso, o envolvimento do adolescente com atividades de lazer ou esportivas pode alterar o seu padrão alimentar, aumentando as necessidades nutricionais e modificando as práticas alimentares. As substituições de algumas das principais refeições, como almoço e jantar, por lanches rápidos, são comuns e podem comprometer a satisfação das necessidades nutricionais nesta fase.

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

■ ■ ■ Gestantes e nutrízes

A gravidez é um importante período do ciclo vital feminino, caracterizando-se por transformações biológicas, assim como por reajustes interpessoais e intrapsíquicos. O período gravídico motiva a busca dos serviços de pré-natal, constituindo-se em momento estratégico para promoção da saúde. No acompanhamento da gestante, além das questões biológicas, deve-se considerar seu contexto familiar e a rede social em que a mulher está inserida (BRASIL, 2000a).

Historicamente, observa-se que o campo das ciências da saúde tem valorizado as práticas de fragmentação e vigilância de um corpo funcional biológico, deixando de lado o sujeito, sua história e seu meio social. Esse processo se agrava com relação à mulher, pela perspectiva reducionista que a vê apenas como mãe em potencial (SILVA, 1995; TONIAL, 2001).

Vários fatores podem interferir na evolução e no prognóstico da gravidez: idade materna; paridade; intervalo entre gestações e partos; infecções maternas; doenças associadas; esforço físico; tabagismo; uso de drogas lícitas e ilícitas e condições psicossociais. Além destes fatores, destacamos o estado nutricional materno, cuja avaliação deve fazer parte da rotina da assistência pré-natal¹¹, o que qualifica a atenção prestada.

A paridade tem sido associada ao ganho de peso, que varia segundo o número de gestações e o intervalo entre elas, número de filhos nascidos vivos, peso pré-gestacional, período de amamentação e dieta (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995; KAC, 2001; COUTINHO, 1999).

A obesidade na gestação está cada vez mais colocada como um problema de saúde pública, contribuindo para a morbimortalidade gestacional e fetal. O excesso de peso materno é fator de risco para diabetes gestacional, síndrome hipertensiva arterial, tromboembolia, macrosomia fetal, prematuridade, defeitos do tubo neural e também está relacionado ao aumento da demanda de partos cesáreos e complicações da ferida cirúrgica (JOHNSON et al., 1992; MAHAN et al., 1998).

Portanto, as mulheres identificadas com excesso de peso na gravidez devem ser consideradas como gestantes de risco e receber atenção diferenciada, com orientação alimentar¹² e avaliação clínica e laboratorial específica, assim como ser referenciadas para avaliação especializada com o nutricionista.

¹¹ O acompanhamento nutricional da gestante deve ser realizado durante toda a gravidez. A aferição do peso deve ser feita em todas as consultas e a estatura deve ser medida no primeiro atendimento.

¹² Vide capítulo de orientação alimentar com vistas à promoção do peso saudável. Para a estimativa do VET visando a alcançar o ganho de peso recomendado, deve-se calcular a necessidade energética conforme indicado para adultos, a partir do peso pré-gestacional, e incluir o adicional energético gestacional diário.

Destaca-se que as gestantes deverão ter ganhos de peso distintos, de acordo com seu IMC inicial. Para a previsão do ganho, faz-se necessário calcular quanto a gestante já ganhou de peso e quanto ainda deve ganhar até o final da gestação em função da avaliação clínica, segundo a tabela do IOM adaptada. Gestantes com diagnóstico nutricional de obesidade devem apresentar ganho em torno de 7,0kg, com recomendação específica e diferente por trimestre (BRASIL, 2004a).

Outro aspecto que merece atenção no cuidado pré-natal, em especial, da gestante com excesso de peso, está relacionado ao seu apetite. É prioritário buscar compreendê-lo não apenas como uma necessidade fisiológica, visto que, em alguns casos, a ingestão de maior quantidade de alimentos pode transformar-se em voracidade, provocando significativo aumento de peso. Este momento também pode estar associado às mudanças na seleção dos alimentos, quando a mulher tem suas demandas nutricionais aumentadas e pode procurar atender outras necessidades por meio da alimentação, como a necessidade afetiva. Outro fato relevante durante a gravidez é o entendimento do senso comum de que a mulher deve "comer por dois", o que pode influenciar o ganho ponderal neste período (RITO, 2004).

Em estudo sobre hábitos alimentares de gestantes obesas, Rito (2004) verificou que a preocupação da maioria das mulheres entrevistadas era ter uma alimentação considerada qualitativamente saudável, tendo como principal preocupação atender às necessidades do feto. Alimentos considerados básicos como o arroz, feijão e carne foram bastante valorizados, bem como os vegetais, especialmente os ricos em ferro. Os carboidratos, apesar de bastante consumidos, apareceram como os alimentos que deveriam ser restritos, assim como os doces e as gorduras. Contudo, observou-se nos discursos que, pela condição de estarem grávidas, haveria certa liberação da necessidade de fazer "dieta". Verificou-se a tentativa de adiar a preocupação com a imagem corporal e a necessidade de controle de peso para o período pós-parto, provavelmente pelo fato de a gravidez constituir-se o foco de atenção, em detrimento da condição da obesidade.

Desta forma, é preciso buscar apreender os significados que cada mulher constrói sobre o seu corpo, bem como sobre sua imagem corporal durante a gravidez. Assim sendo, o que seria classificado cientificamente como obesidade, distúrbio que agrega uma série de riscos para outras doenças, nem sempre é percebido como tal. Gestantes obesas podem valorizar o aspecto da corpulência, associando esta à idéia de "força", que está relacionada ao enfrentamento de doenças e à capacidade de suportar o esforço físico exigido pela carga de trabalho, ou a atributos relativos à preferência dos parceiros por corpos arredondados, quadris largos, coxas grossas. A noção de corpulência foi encontrada também em outros estudos, ao referirem que nos grupos populares as formas arredondadas eram símbolos de beleza e sensualidade, sendo também vinculados à idéia de reprodução (RITO, 2004).

Assim, é necessário estabelecer espaços de discussões que procurem pensar estratégias facilitadoras para o cuidado nutricional da gestante obesa e do conceito.

Somente a informação sobre o excesso de peso como doença parece não ser suficiente para promover uma mudança de comportamento e uma percepção corporal que facilite a adesão às orientações alimentares.

Outra fase importante é a do puerpério, em que as mulheres estão adaptando-se a esta nova situação e à nova imagem corporal, necessitando de apoio da família, amigos e dos profissionais de saúde.

Destaca-se que o incentivo e apoio ao aleitamento materno, no caso de nutrizes obesas, têm um benefício também na redução do seu peso, uma vez que há aumento do gasto energético. A alimentação saudável deve ser estimulada, de maneira a facilitar a diminuição do peso de forma gradual sem danos à saúde da mulher.

A mulher que amamenta tem suas necessidades nutricionais e hídricas aumentadas. Porém, deve-se ter atenção, pois a ingestão de bebidas adoçadas, refrigerantes, cerveja preta, excesso de leite de vaca e outros alimentos comumente utilizados nesta fase do curso de vida podem ser muito calóricos ou inadequados.

Torna-se imprescindível que os profissionais de saúde percebam as mulheres para além da obesidade. A gestante e as nutrizes precisam ser compreendidas a partir da sua história de vida e do contexto em que vivem.

■ ■ ■ Adultos: homens e mulheres

Na fase adulta, a alimentação deve contribuir para uma vida mais longa, saudável e com qualidade, auxiliando na prevenção de doenças, de morte prematura ou incapacidades decorrentes das doenças não transmissíveis. A alimentação tem uma função biológica vital e uma função psicossocial essencial, comportando dimensões histórica, econômica, simbólica e cultural.

Como vínculo social, a comida possibilita a confraternização, o prazer, a compensação pela tristeza, solidão, isolamento. Para compreensão da função alimento/corpo/saúde, é necessário compreender o meio social que constitui seu valor.

Da mesma forma, a obesidade é modelada por concepções próprias de cada grupo. Embora possa haver diferentes explicações e justificativas para a obesidade de acordo com os grupos sociais a que pertencem, não há dúvidas de que, neste momento histórico há, no inconsciente coletivo, discriminação do corpo obeso. Destaca-se a ambivalência atribuída à imagem social do gordo (TONIAL, 2001; FELIPO, 2003).

Na questão de gênero, observam-se importantes repercussões. Os homens obesos, de uma maneira geral, são mais aceitos por expressarem ter boa posição socioeconômica e profissional ou por serem considerados inteligentes; a obesidade é utilizada como proteção, poder (FISCHLER, 1995; FELIPO, 2003). No Brasil, segundo dados da Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) de 2002/2003, quanto maior a renda, maior o excesso de peso (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2004). A preocupação com a aparência e com determinado modelo de corpo ficou restrita (e permitida), durante muito tempo, às mulheres. No entanto, na sociedade contemporânea, alguns

pesquisadores têm se preocupado em refletir sobre as possíveis conseqüências, também para os homens, da perseguição de um determinado modelo de corpo (GOLDENBERG, 2005). A relação entre renda e excesso de peso para os homens é complexa e ainda pouco compreendida.

Para as mulheres das classes populares, o corpo obeso é cúmplice da sua história de vida. Por meio dele o grupo preserva a sua identidade, mantém costumes e crenças culturais e encontra refúgio para os inúmeros dilemas impostos pela vida em meio à pobreza e à escassez. Neste sentido, o corpo obeso é o elemento de conforto que ameniza as adversidades vividas no cotidiano em meio à pobreza. A gordura parece ser vista como um símbolo do seu poder na família, sem conotação negativa; ao contrário, entre elas parece imperar um padrão estético próprio, de apreciação da corpulência, oposto ao das classes privilegiadas (ZALUAR, 1985; BOLTANSKI, 1989; SILVA, 1995; TONIAL, 2001; FERREIRA, 2003).

Observa-se, então, que a obesidade e a pobreza estão intimamente relacionadas e se entrelaçam numa dinâmica própria, multifacetada. Assim, os dois fenômenos nada têm de contraditório. Na verdade, a obesidade surge como mais uma face da desigualdade social no país, assim como a desnutrição e as anemias carenciais (SICHERI, 1998; TONIAL, 2001; FERREIRA, 2003; MENDONÇA, 2005).

Embora as mulheres das classes populares demonstrem preocupação com a manutenção do "corpo forte", não almejam um corpo excessivamente gordo, relacionando este excesso ao corpo inadequado, discriminado, confluído com a idéia de um corpo "sem controle" e, como conseqüência, incapaz. "Corpo gordo é aquele que não tem espaço ... É feio, horrível" (TONIAL, 2001; FELIPO, 2003). Assim, a mulher obesa enfrenta ainda mais preconceitos envolvendo críticas depreciativas.

As mulheres obesas sabem os princípios básicos de uma alimentação adequada. Conhecem quais são alimentos que engordam ou os que engordam menos. Demonstram-se preocupadas em manter a força física para o trabalho e, certamente, também têm a preocupação de manter a sensação de saciedade por mais tempo já que, freqüentemente, não fazem as principais refeições diárias. Em relação à distribuição intrafamiliar dos alimentos, as mulheres têm preocupação com a dieta familiar e muitas vezes necessitam abdicar da comida em favor dos filhos ou do marido. Na possibilidade de escolha alimentar, selecionam os alimentos que consideram mais saudáveis em favor da família (TONIAL, 2001).

No campo da dietética, surge a diferenciação de alimentos com "sustança", que ficam para os trabalhadores, e alimentos mais leves, para as outras fases do curso de vida. Numa escala de prioridades entre os que trabalham fora e os que são dependentes, as mulheres são vistas como as que executam tarefas menos relevantes, mais "leves" em relação aos homens, ficando por isso numa posição hierarquicamente inferior na distribuição dos alimentos, principalmente em relação ao consumo de carnes (CANESQUI, 1978).

A mulher ocupa um lugar ambíguo, ela continua como responsável pelo ambiente doméstico e, conseqüentemente, pela alimentação. Entretanto, no campo político, não ocupa arenas importantes de decisão, como sujeito de políticas que afetam o seu cotidiano. Em termos objetivos, ocorreram mudanças ligadas ao ritmo de vida moderno

que impactaram o ambiente familiar, bem como a conquista pela mulher de espaços antes não ocupados. Entretanto, eles não foram suficientes para romper a estreita relação estabelecida entre as mulheres e a alimentação. Relação simbólica e concreta observada nas situações mais cotidianas. Portanto, destacar esse problema significa ressaltar a relevância que a questão da mulher deve assumir não só nos estudos sobre cultura alimentar, mas em todos os temas ligados à Segurança Alimentar e Nutricional (BRAGA, 2004).

De acordo com relatório da Organização Mundial de Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998), o número de mulheres que conciliam trabalho fora de casa e os tradicionais cuidados com a saúde da família tem aumentado, na mesma proporção em que declinam a motivação, tempo e energia para exercer todas essas atividades. Desta forma, há que se refletir como uma pessoa inserida em uma rede social cuja estrutura é extremamente desigual tem chances de modificar o seu cotidiano na busca de um estilo de vida mais saudável. No caso das mulheres, especificamente, a questão é mais complexa, já que o acúmulo de papéis exigidos pela sociedade dificulta uma mudança, o que requer necessariamente tempo para conciliação de suas tarefas diárias com o auto-cuidado que é exigido em um padrão de vida saudável (LINS, 1999).

Aguirre (2000) destaca que as diferenças, tanto de valor sobre o corpo, sobre saúde e beleza, como sobre a disponibilidade alimentar intrafamiliar por gênero, contribuem para a desvalorização do exercício físico por parte das mulheres, e para o consumo de alimentos menos nutritivos, os quais devem ser destinados aos homens que precisam de energia para o trabalho. Um outro aspecto interessante enfatizado pela autora refere-se à observação de que as mulheres dormem duas horas a menos que os homens e têm uma jornada de trabalho mais longa, especialmente por conta do trabalho doméstico, o que lhes diminuiria a disposição e o tempo para a prática de exercícios, em relação aos homens.

Para o homem, as incertezas do mundo atual, especialmente em relação ao mercado de trabalho, podem causar-lhe insegurança e instabilidade. Na hora do lazer, usa-se a folga para comer, beber, jogar - condutas que a sociedade estimula. Estas questões, associadas à melhora das novas tecnologias e ao aumento da violência, que obriga as pessoas a permanecerem mais tempo confinadas em suas casas, conduzem a mudanças nos hábitos e nos costumes (FELIPO, 2003).

As diferenças de saúde entre homens e mulheres, certamente, denotam fatores biológicos, mas também refletem comportamentos específicos dos diferentes gêneros.

Os meninos desde cedo são orientados para serem provedores e protetores, como também são educados para suportar sem chorar suas dores físicas e emocionais. Assim, são reforçadas suas dificuldades de verbalizar as próprias necessidades de saúde, sofrem silenciosamente, em segredo, pois falar de seus problemas de saúde pode significar uma possível demonstração de fraqueza, de feminilização perante os outros. Ao homem caberia, então, ser forte. As noções de invulnerabilidade e de comportamento de risco também estão presentes, o que pode resultar em descuido com o próprio corpo (BRAZ, 2005; GOLDENBERG, 2005).

Os homens apresentam-se em desvantagem na maioria dos indicadores de saúde, tendo maior mortalidade por quase todas as causas e menor expectativa de vida do que as mulheres. Os homens trabalhadores procuram menos os serviços de saúde,

desconsiderando em si o excesso de peso como um problema, a não ser que o mesmo esteja associado às co-morbidades, nas quais já estejam presentes os sinais e sintomas que trazem desconforto ou incapacidade para o trabalho.

A idéia dos serviços de saúde como um espaço feminilizado também precisa ser transformada, de modo a incluir as necessidades de saúde dos homens. Mais importante do que ter homens na assistência é uma mudança da postura prática de todos os profissionais, sejam homens ou mulheres. Aponta-se para a necessidade de se cuidar melhor da parcela masculina da população, o que não tem merecido o devido destaque nas políticas de saúde (BRAZ, 2005).

Assim, torna-se necessário que os profissionais desenvolvam ações na ótica de promoção da saúde e prevenção da obesidade, dirigidas a homens e mulheres, na comunidade, locais de trabalho, de moradia e de lazer.

■ ■ ■ Mulheres na menopausa

A grande maioria dos estudos tem referido associação entre o ganho de peso nas mulheres e os fatores reprodutivos, especialmente entre obesidade e menopausa.

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

Neste sentido, vale destacar que é de extrema importância o estímulo e incentivo à realização de atividade física associada à alimentação saudável¹³ nesta fase do curso da vida, enfatizando determinados nutrientes, como o cálcio, por exemplo.

Estudos identificam que a média de consumo de cálcio é inadequada, o que compromete ainda mais a saúde óssea da mulher no climatério. O aumento na ingestão dietética deste mineral, mesmo em mulheres na pós-menopausa, poderia retardar a perda de cálcio ósseo. Assim, uma alimentação adequada instituída precocemente e mantida continuamente representa um importante fator promotor de saúde e preventivo quanto aos agravos crônicos à saúde (MONTILLA, 2003).

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

¹³ Vide capítulo de orientação alimentar com vistas à promoção do peso saudável.

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

Segundo Coitinho (1998), os profissionais de saúde, em geral, não só parecem despreparados para auxiliar a mulher a perder peso, como também estão sujeitos a todo padrão estético, preconceitos e estereótipos vigentes.

Para que se consiga maior êxito, é preciso encontrar maneiras de intervir que sejam benéficas para a saúde da mulher, compreendendo que cada fase do ciclo reprodutivo traz uma especificidade a ser conhecida e respeitada.

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

Idoso

O aumento da longevidade da população determina importantes repercussões nos campos social e econômico de uma sociedade. Apesar das mudanças fisiológicas, psicológicas e sociais ocorrerem com o passar da idade, tem-se uma questão polêmica em relação ao termo velhice. Qual seria a idade para se determinar que um indivíduo tenha chegado à velhice, aos 65, aos 70 ou aos 80 anos? De acordo com os novos conceitos gerontológicos, o idoso que mantém sua autonomia para organizar seu cotidiano deve ser considerado um idoso saudável, ainda quando portador de uma ou mais doenças crônicas (VERAS, 2001).

Assim, os profissionais de saúde, no contato com esta população, devem considerar os diferentes aspectos que interferem na sua qualidade de vida, visando à auto-estima e à motivação para a realização de tarefas cotidianas, entre elas a alimentação saudável.

A alimentação do idoso deve atender aos mesmos objetivos que na vida adulta; no entanto, ela adquire especial importância nesta etapa do curso de vida, porque o envelhecimento, apesar de ser um processo normal e fisiológico, acarreta alterações no organismo que podem modificar as necessidades nutricionais e o estado nutricional (JACOB, 1998). Destacam-se neste grupo, duas questões relevantes: de um lado a presença de magreza e, de outro, o excesso de peso, ambos podendo estar associados às carências nutricionais.

A mastigação e deglutição podem estar comprometidas em decorrência das alterações na cavidade bucal, ausência parcial ou total dos dentes, uso de próteses, assim como diminuição da secreção salivar. Tais fatores podem propiciar a diminuição do consumo de certos tipos de alimentos, como carnes, frutas, legumes e verduras crus, o que poderia gerar uma ingestão inadequada de fibras, vitaminas e minerais.

As alterações na visão, paladar, olfato, audição e tato podem estar presentes levando à perda de apetite e contribuindo para uma ingestão menor de alimentos.

A digestão também pode ser prejudicada pela diminuição dos movimentos peristálticos, da secreção de ácido clorídrico, de enzimas digestivas, do fator intrínseco e de sais biliares, principalmente de gorduras, dificultando a absorção de nutrientes.

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

A perda de papéis sociais, associada à perda do poder aquisitivo, em que parte dos recursos é utilizada para a compra de medicamentos, devido à presença simultânea de diversas doenças, pode levar à aquisição de alimentos predominantemente mais baratos e de mais fácil preparo, geralmente ricos em carboidratos e gorduras.

Além disso, há alteração da composição corporal, que associada à diminuição da atividade física, leva à diminuição das necessidades energéticas. A massa magra declina com o envelhecimento, principalmente depois de 65 anos para homens e 75 para mulheres, havendo proporcional aumento da massa gorda (TAVARES, 1997).

Assim, no cuidado da alimentação deste grupo, algumas recomendações devem ser consideradas.

A quantidade de alimentos por refeição deve ser menor para facilitar a digestão, já que os processos digestivos estão mais lentos. Deve-se evitar jejuns prolongados e excesso de alimentos em uma única refeição. A regularidade de horário das refeições faz-se necessária, sendo indispensáveis o desjejum, o almoço, o lanche e o jantar.

A alimentação deve ser bem variada, contemplando os diferentes grupos de alimentos, agradável a todos os órgãos dos sentidos, a fim de despertar o apetite e o prazer de comer. O cuidado com o sabor, o aroma, a cor, a textura e a temperatura deve estar sempre presente. Devem ser respeitados os hábitos e preferências do idoso, desde que não sejam prejudiciais à sua saúde.

O consumo de sal, açúcar, doces, alimentos gordurosos, alimentos e temperos industrializados deve ser moderado, para a prevenção de doenças ou para evitar complicações das mesmas quando existentes.

O consumo de alimentos ricos em fibras, tais como frutas, legumes e verduras (FLV) e cereais integrais deve ser enfatizado, pois são nutritivos, coloridos e indicados para evitar a constipação intestinal. Caso a função mastigatória esteja comprometida, a consistência das preparações deve ser em forma de papas, purês ou de alimentos bem cozidos.

Os alimentos ricos em cálcio, tais como leite e derivados, de preferência com pouca gordura, também devem ter seu consumo incentivado, assim como a atividade física e a exposição ao sol em horários apropriados e com proteção da pele.

Quanto ao consumo de líquidos, é importante beber em média de 6 a 8 copos de água ou outros líquidos por dia, para manter uma boa hidratação e evitar quadros de constipação intestinal. Deve-se evitar a ingestão de bebidas adoçadas e refrigerantes.

Tendo em vista a inserção social e melhoria na qualidade de vida dos idosos, faz parte das estratégias para o cuidado deste grupo o estímulo à socialização, oportunizando passeios, jogos, leituras, brincadeiras, atividades manuais, físicas e psicomotoras que promovam saúde.

8 - ATRIBUIÇÕES E COMPETÊNCIAS DA EQUIPE DE SAÚDE

8.1 Organização da atenção na prevenção e acompanhamento da obesidade

A Atenção Básica como parte integrante do SUS caracteriza-se por desenvolver um conjunto de ações que abrangem **promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação**. Deve dar resolutividade aos problemas de saúde de maior frequência e relevância das populações a partir da utilização de tecnologias de elevada complexidade (conhecimento) e baixa densidade (equipamentos)¹⁴. Ou seja, deve oferecer respostas ao conjunto de necessidades de saúde de uma comunidade e não apenas a um recorte de problemas, tendo como campos de intervenção o indivíduo, a família, o ambulatório, a comunidade e o meio ambiente.

Neste sentido, torna-se necessária a sua articulação com uma rede muito mais complexa, composta por outros saberes, outros serviços e outras instituições não necessariamente do "setor" saúde, ou seja, a busca da interdisciplinaridade e da intersetorialidade, e essencialmente a busca de parcerias na comunidade e equipamentos sociais como associações, igrejas, escolas, creches, implementando novas formas de agir, mesmo em pequenas dimensões.

A Atenção Básica se constitui no primeiro contato dos usuários com o sistema de saúde, contribuindo para a organização da rede e atuando de forma integrada com os demais níveis de atenção. Para que ocorra o primeiro contato é necessário considerar o acesso da população aos serviços de Atenção Básica. Esse acesso está relacionado à forma como o serviço está organizado para receber o usuário e como o usuário chega a esse serviço, incluindo todas as facilidades e barreiras que possam contribuir ou dificultar o acesso.

O acolhimento é uma estratégia fundamental para a qualificação da Atenção Básica, que visa a promover mudanças no processo de trabalho, na reestruturação dos serviços de saúde voltados para a integralidade, a humanização, a equidade e a resolutividade da atenção.

¹⁴ É importante destacar que o conceito de densidade de equipamentos tem mudado à medida que a tecnologia evolui. Esta afirmação não deve significar que não deva haver compromisso de adequar os equipamentos disponíveis na atenção básica às peculiaridades e necessidades da clientela.

Acolher, diferentemente de triar, é receber bem, com atenção e disponibilidade para escutar e valorizar as particularidades de cada caso, estabelecendo uma relação humanizada. Pressupõe a avaliação do contexto familiar e social da pessoa, para o desenvolvimento das ações em saúde e definição de um projeto terapêutico.

As ações de saúde, na maioria das vezes, não estão no núcleo de competência (atividades específicas) de um profissional, mas dependem da interação e criatividade de toda a equipe.

A Atenção Básica de saúde, ao trabalhar com a adscrição de uma determinada população, em um território definido, viabiliza a construção de relações contínuas, pelo estabelecimento do vínculo e da responsabilização como elementos fundamentais para alcançar a integralidade da atenção.

A partir desta proximidade, permite também a percepção das dimensões subjetivas e das determinações psicossociais envolvidas nas formas de adoecer dessa população. Ao mesmo tempo, pode viabilizar uma participação da comunidade no processo de recuperação e promoção de sua saúde, o que traz para as equipes a necessidade de desenvolver em conjunto com essa comunidade, atividades que reduzam os riscos de adoecer e morrer e que melhorem as condições de vida, que possibilitem a ampliação do cuidado em saúde, por meio da promoção da responsabilização e do autocuidado.

A organização de sistemas integrados dos serviços de saúde a partir de uma rede regionalizada e hierarquizada possibilita atenção de melhor qualidade e mais direcionada a responder às necessidades de saúde da população. Porém, a constituição de um sistema integrado, que facilite o acesso e permita continuidade do cuidado, melhorando a comunicação entre profissionais da atenção básica com especialistas e com os serviços de emergência, assim como melhor articulação entre as ações com enfoque coletivo e as atividades clínicas individuais, garantindo atenção integral, ainda é um desafio (GIOVANELLA, 2003).

Um dos principais desafios atuais para a qualificação da atenção básica é a necessidade de avançar na integralidade e na resolubilidade da atenção. Muitos municípios já vêm desenvolvendo experiências no sentido de implementar ações para além das áreas estratégicas mínimas preconizadas. Há municípios que integraram profissionais de saúde mental e de reabilitação, nutricionistas, assistentes sociais entre outros, ao trabalho das equipes Saúde da Família. Essas equipes realizam também atividades físicas e práticas corporais voltadas para a promoção da saúde. A partir destas experiências, o Ministério da Saúde vem trabalhando no sentido de elaborar diretrizes para a inclusão dessas ações e desses profissionais no âmbito da estratégia Saúde da Família, com o objetivo de avançar na qualificação das atividades das equipes, efetivando ações que vão da promoção à reabilitação, fundamentais para a garantia da integralidade (BRASIL, 2005).

No que diz respeito à prevenção e acompanhamento do sobrepeso/obesidade, a possibilidade de apoio interdisciplinar pode representar um avanço, pois as equipes

teriam suporte de profissionais especialistas (saúde mental, nutricionistas, assistentes sociais, entre outros), além da possibilidade de acesso por parte do usuário às atividades físicas e práticas corporais, essenciais para a promoção do peso saudável e prevenção da obesidade.

O sistema de saúde precisa ser organizado para o acompanhamento das condições crônicas e ao mesmo tempo para as condições agudas. Este enfoque prevê uma transformação no objeto de trabalho dos profissionais de saúde, pois seriam organizados com o propósito de acompanhar o ciclo evolutivo dos eventos crônicos. Destaca-se que a lógica das doenças crônicas, cujo ciclo é superior a três semanas, é diferenciada daquela utilizada nas condições agudas. Considerando que, na maioria dos casos, as condições crônicas são assintomáticas e que as pessoas só procuram o sistema de saúde no momento em que percebem alguma alteração em sua saúde, torna-se necessário antecipar esta lógica tendo uma atitude de vigilância em saúde (MUNIZ *et al.*, 2005).

É de extrema importância a atenção à obesidade em todos os níveis do sistema de saúde. Assim, quanto à organização da assistência, cabe particularmente à atenção básica ter uma atitude de promoção à saúde e de vigilância, prevenindo novos casos e evitando que indivíduos com sobrepeso venham a se tornar obesos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998).

■■■ Critérios para referência e contra-referência do Obeso no SUS (ver esquema I)

- a) Usuários que apresentem sobrepeso (IMC entre 25,0 e 29,9 Kg/m²) associados à comorbidade (diabetes mellitus), ou obesidade I (IMC entre 30 e 34,9 Kg/m²), ou obesidade II (IMC entre 35,0 - 39,9 Kg/m²) devem receber atenção diferenciada, com orientação alimentar e avaliação clínica e laboratorial específicas. Para isto, devem ser assistidos na Atenção Básica por nutricionista em unidade de referência da área geográfica.
- b) Usuários com obesidade II (IMC entre 35,0 - 39,9 Kg/m²) sem resposta ao tratamento e com obesidade III (IMC igual ou maior que 40,0 Kg/m²) deverão ser referenciados aos serviços de média complexidade (ambulatório), sendo avaliada a necessidade de associação do tratamento com uso de fármacos.
- c) Usuários com obesidade II (IMC entre 35,0 - 39,9 Kg/m²) com existência de comorbidades como diabetes, hipertensão e dislipidemias ou com obesidade III (IMC igual ou maior que 40,0 Kg/m²) que não obtiveram respostas em todos os planos de tratamento e foram avaliados pelos serviços de referência para o acompanhamento da obesidade, deverão ser referenciados para os serviços de alta complexidade, para avaliação da necessidade de cirurgia bariátrica (ou gastroplastia) nos centros de referência regionais/estaduais do SUS.¹⁵

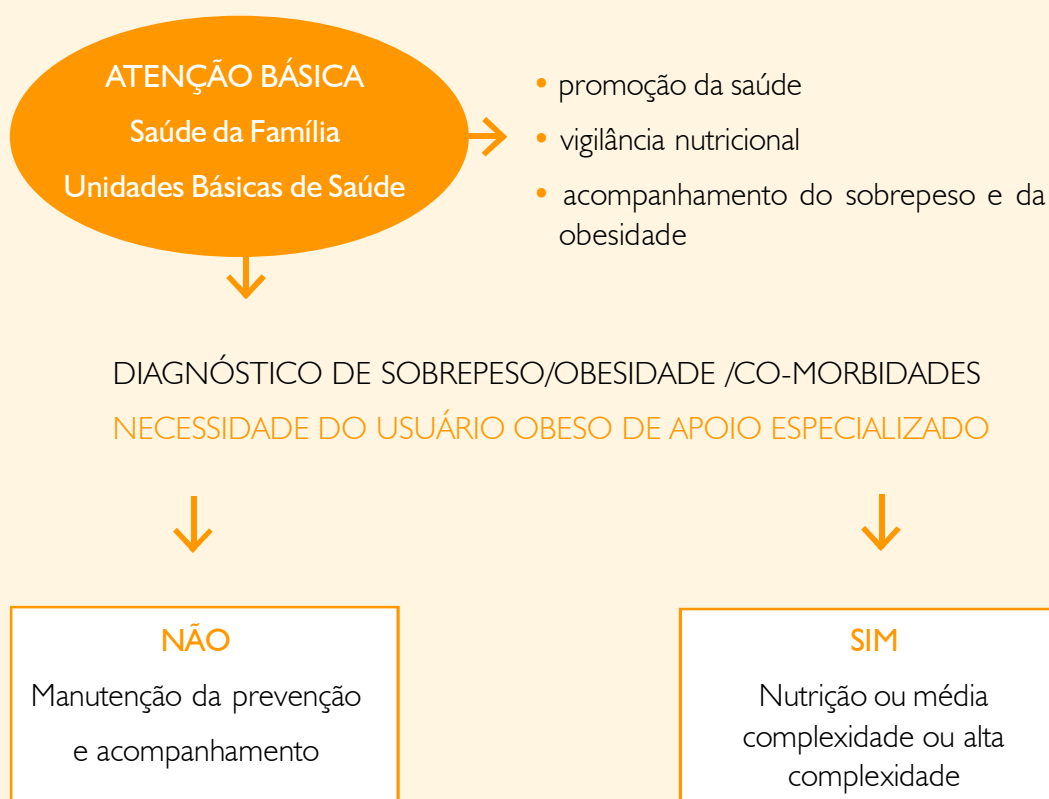
¹⁵ Portarias GM 628, de 26/04/2001 (gastroplastia, regulamento técnico e normas de credenciamento), e a GM 545, de 18/03/2002 (cirurgia plástica para submetidos à gastroplastia).

É importante salientar que os usuários com sobrepeso e obesidade, independentemente do grau, que forem encaminhados para a referência de média ou alta complexidade, devem continuar sendo acompanhados pela equipe de Atenção Básica responsável, garantindo a continuidade da atenção.

Este sistema de referência e contra-referência na atenção ao sobrepeso e obesidade deve ser discutido em cada município e região, de acordo com os serviços que poderão integrá-lo. Destaca-se que os protocolos e a regulação destes serviços devem ser criteriosos, sobretudo nos níveis de média e alta complexidade, visto os excessos já observados em relação ao uso de fármacos e recomendação de cirurgia em usuários obesos, comprometendo a efetividade do tratamento e, principalmente, atribuindo risco à saúde.

Compreendendo-se a avaliação em saúde como elemento fundamental para a tomada de decisões, é importante a sua incorporação no cotidiano dos serviços. A avaliação dos resultados indica a qualidade e a adequação do cuidado e permite a reorientação das intervenções e do projeto terapêutico desenvolvido.

PREVENÇÃO E ACOMPANHAMENTO DA OBESIDADE



ESQUEMA I: fluxo de atenção para prevenção, tratamento e acompanhamento da obesidade nos níveis de complexidade do SUS

Prefeituras - Secretarias Municipais de Saúde

Promoção da Saúde com a população em geral
Intersetorial
Interdisciplinar



Equipe mínima de saúde da Atenção Básica (médicos, enfermeiros e aux. de enfermagem)

Prevenção da Obesidade, Promoção da alimentação saudável e incentivo à atividade física, Vigilância nutricional, acompanhamento, orientação alimentar coletiva de usuários com sobrepeso. O usuário obeso deverá ter apoio especializado de nutricionista.



Sobrepeso com co-morbidade (diabetes mellitus), obesidade I e obesidade II

Equipe de saúde ampliada da Atenção Básica com nutricionistas, médicos, enfermeiros, equipe de saúde mental e aux. de enfermagem)

Promoção da alimentação saudável e prevenção da obesidade, vigilância nutricional, acompanhamento nutricional do usuário obeso com abordagem interdisciplinar e incentivo à atividade física.



(Obesidade II com co-morbidades sem êxito e obesidade III)

Serviços de referência média complexidade para o acompanhamento da obesidade (nutricionistas, médicos, enfermeiros, terapeuta ocupacional, equipe de saúde mental, assistente social e aux. de enfermagem)

Promoção da alimentação saudável e prevenção da obesidade, vigilância nutricional, acompanhamento nutricional do usuário obeso com abordagem interdisciplinar, farmacoterapia, avaliação para necessidade de cirurgia e incentivo à atividade física



(IMC \geq 35 com co-morbidade ou IMC $>$ 40 sem resposta ao tratamento)

Serviços de referência alta complexidade para o acompanhamento da obesidade (médicos, nutricionistas, enfermeiros, equipe de saúde mental e assistente social)

Promoção da alimentação saudável e prevenção da obesidade, cirurgia, acompanhamento pré e pós-cirúrgico com a equipe interdisciplinar e incentivo à atividade física

8.2 Papel dos profissionais da equipe de saúde na prevenção e acompanhamento do sobrepeso/obesidade

81

■ ■ ■ Ações de Alimentação e Nutrição a serem desenvolvidas pelo conjunto de profissionais da Equipe de Saúde

Para desenvolver as ações que seguem, os profissionais da equipe podem utilizar alguns materiais educativos e de apoio, produzidos pelo Ministério da Saúde, alguns deles já citados neste caderno, como o Guia Alimentar para a População Brasileira, o Guia Alimentar para crianças menores de dois anos, o Guia de Alimentos Regionais Brasileiros, entre outros. Estas e outras publicações estão disponíveis também no site www.saude.gov.br/alimentacao.

- Articular atores sociais locais (escolas, produtores agrícolas, comércio), com vistas à integração de ações para promoção da Segurança Alimentar e Nutricional;
- Coletar e analisar as informações sobre Vigilância Alimentar e Nutricional;
- Monitorar a situação nutricional da população adstrita com base nos indicadores VAN/SIAB;
- Participar no desenvolvimento de ações de promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis;
- Conhecer e estimular a produção e consumo dos alimentos saudáveis produzidos regionalmente;
- Promover a articulação intersetorial para viabilizar o cultivo de hortas comunitárias;
- Elaborar e divulgar material educativo e informativo sobre Alimentação e Nutrição com ênfase nas práticas alimentares saudáveis;
- Promover ações de Segurança Alimentar e Nutricional no âmbito domiciliar, práticas seguras de manipulação, preparo e acondicionamento de alimentos;
- Promover a orientação para o uso da rotulagem nutricional (composição e valor calórico) como instrumento de seleção de alimentos;
- Realizar orientações nutricionais às diferentes fases do curso de vida, com atenção prioritária a hipertensos, diabéticos, nutrízes, crianças, idosos, acamados, entre outros;
- Elaborar rotinas de atendimento para doenças relacionadas à alimentação e nutrição, de acordo com protocolos de atenção básica;
- Participar de ações vinculadas aos programas de controle e prevenção aos distúrbios nutricionais como carências por micronutrientes, sobrepeso, obesidade, doenças crônicas não transmissíveis, entre outros.

■ ■ ■ Ações específicas dos diversos profissionais das equipes

Médico: Estimular a participação comunitária em ações que visem à melhoria da qualidade de vida, realizar ações de promoção de saúde, orientação de alimentação saudável e prevenção do excesso de peso; realizar consulta clínica em ambulatório e domicílios, trabalhos com grupos, aferir os dados antropométricos de peso e altura,

realizar ações de vigilância nutricional, avaliar os casos de risco e tratar agravos à saúde associados (hipertensão arterial, dislipidemias, diabetes, etc), solicitar exames complementares e, quando for necessário, o apoio especializado. Usuários com sobrepeso (IMC entre 25,0 e 29,9 Kg/m²) associado à co-morbidade (diabetes mellitus) ou que apresentem obesidade (IMC maior que 30 Kg/m²) deverão ser acompanhados por nutricionista; os casos de obesidade adquirida por distúrbios hormonais deverão ser referenciados para serviço de endocrinologia. Acompanhar os casos a partir da contra-referência, participar e coordenar atividades de educação permanente no âmbito da saúde e nutrição, sob a forma da co-participação, acompanhamento supervisionado, discussão de caso e demais metodologias da aprendizagem em serviço, participar das reuniões de equipe de planejamento e avaliação.

Enfermeiro: estimular a participação comunitária para ações que visem à melhoria da qualidade de vida da comunidade, realizar ações de promoção de saúde, orientação de alimentação saudável e prevenção do excesso de peso, realizar ações de vigilância nutricional, acompanhar as ações dos auxiliares de enfermagem e dos agentes comunitários, realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares, aferir os dados antropométricos de peso e altura, avaliar os casos de riscos e quando for necessário buscar o apoio especializado, utilizar o serviço de nutrição, o clínico ou outros profissionais. Os usuários com sobrepeso (IMC entre 25,0 e 29,9 Kg/m²) associado à co-morbidade (diabetes mellitus) ou que apresentem obesidade IMC maior que 30 Kg/m², devem ter consulta com nutricionista para acompanhamento nutricional. Acompanhar o controle dos agravos à saúde associados, a partir da contra-referência, participar e coordenar atividades de educação permanente no âmbito da saúde e nutrição, sob a forma da co-participação, acompanhamento supervisionado, discussão de caso e demais metodologias da aprendizagem em serviço, e participar das reuniões de equipe de planejamento e de avaliação.

Auxiliar de enfermagem: estimular a participação comunitária para ações que visem à melhoria da qualidade de vida da comunidade, realizar ações de promoção de saúde, orientação de alimentação saudável e prevenção do excesso de peso, realizar ações de vigilância nutricional, aferir os dados antropométricos de peso e altura nas pré-consultas; identificar com os agentes comunitários de saúde (ACS) as famílias e usuários em risco nutricional, participar e coordenar atividades de educação permanente no âmbito da saúde e nutrição, sob a forma da co-participação, acompanhamento supervisionado, discussão de caso e demais metodologias da aprendizagem em serviço, e participar das reuniões de equipe de planejamento e avaliação.

Agente comunitário: estimular a participação comunitária para ações que visem à melhoria da qualidade de vida da comunidade, realizar ações de promoção de saúde, orientação de alimentação saudável e prevenção do excesso de peso, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, sob supervisão e acompanhamento do enfermeiro instrutor-supervisor lotado na unidade básica de saúde da sua referência; identificar crianças e famílias em situações de risco; identificar fatores de risco do estado nutricional na família e no domicílio; realizar aferição de peso e altura nas visitas domiciliares; identificar estratégias para melhoria do estado nutricional na comunidade e na família; participar e coordenar atividades de educação permanente no âmbito da saúde e nutrição, sob a forma da co-participação, acompanhamento supervisionado, discussão de caso e demais metodologias da aprendizagem em serviço, e participar das reuniões de equipe de planejamento e avaliação.

O acompanhamento do usuário com excesso de peso é um processo contínuo, que inclui apoio e motivação para superação dos obstáculos. Assim, a comunicação a ser estabelecida deve ser baseada na interação de saberes e na formação de vínculo.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 1997b), o processo interdisciplinar pode ser determinado a partir de alguns princípios:

- planejamento e avaliação permanente em reuniões periódicas da equipe; para tal deve-se alocar uma parcela da carga horária dos profissionais para a sua participação nestas reuniões e em trabalhos de educação permanente;
- autonomia da equipe para tomada de decisões;
- participação em consultas ambulatoriais, coletivas e domiciliares e participação de todos os membros da equipe em trabalhos coletivos, de grupos e na comunidade.

Desta forma, torna-se necessário o investimento em educação permanente, partindo do pressuposto que a aprendizagem deve se dar no trabalho, incorporando o aprender e o ensinar ao cotidiano das equipes. Os processos de capacitação devem ter como referência as necessidades de saúde da população, tendo como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho.

8.3 O nutricionista na prevenção e no acompanhamento da obesidade

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

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

A possibilidade de construir um processo terapêutico que considere a realidade da população é muito maior entre os profissionais inseridos na atenção básica, mas por outro lado, como salienta Bosi (1996), pode gerar dilemas quanto aos limites de atuação do nutricionista. Estes dilemas referem-se tanto ao que cabe aos demais profissionais na prática terapêutica (como psicólogos, assistentes sociais, médicos) quanto às frustrações de enfrentar seus limites em atuar nas dimensões mais estruturais do processo, que caberiam ao plano mais amplo da política.

Diante desta complexidade de determinações e situações diferenciadas é que se dão as práticas em saúde e nutrição, trazendo enormes desafios à conduta profissional. Cada caso é um caso, cada sujeito tem uma história que deve ser conhecida e valorizada.

Os riscos nutricionais, de diferentes categorias e magnitudes, permeiam todo o curso de vida, desde a concepção até a velhice, assumindo diversas configurações epidemiológicas. É importante a integração dos nutricionistas em todas as ações de cuidado à saúde, desenvolvidas pela atenção básica, nestas diferentes fases, tais como assistência integral à saúde da criança, ao adolescente, à mulher, ao adulto e ao idoso.

Portanto, é na possibilidade de interação entre o conhecimento generalista do profissional e a vivência de cada grupo ou indivíduo, que se constrói, de forma conjunta, uma estratégia adequada a cada caso. Isto exige um aprendizado que não é só técnico, mas que se refere à capacidade de estabelecer trocas e de se relacionar com a população atendida (BURLANDY, 2005).

O atendimento nutricional deve ser fundamentado na promoção da alimentação saudável, atividade física e lazer, busca do prazer, do autoconhecimento e da auto-estima. A partir do reconhecimento dos diferentes saberes e lugares ocupados pelo profissional e pelo usuário, o nutricionista deve propor um plano alimentar flexível, negociado e compatível com as necessidades de cada usuário. Considerando a pactuação de metas com o usuário, devem ser valorizados os pequenos progressos nas modificações dos hábitos alimentares e de vida a curto e médio prazos, a redução do peso e do grau de obesidade e dos fatores de risco associados.

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

■■■ Passos importantes na rotina da consulta:

1) Leitura do prontuário

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

2) Apresentação do profissional

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

3) Conhecer o motivo da consulta

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

4) Conhecer a história social e reprodutiva

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

Estas informações, junto com a anamnese alimentar e clínica-laboratorial e a avaliação antropométrica, irão subsidiar a prescrição do plano alimentar. Visando a uma abordagem integral de cada usuário, podem ser obtidas informações também sobre a história sexual e reprodutiva (paridade, gestações, abortos, filhos vivos, falecidos, prematuros, baixo peso ou sobrepeso, realização de pré-natal, de exame "preventivo", experiência com amamentação, uso de método anticoncepcional, idade da menarca e do climatério).

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

Para auxiliar no diagnóstico e na conduta nutricional, devem ser obtidas informações sobre a história da doença atual, história de patologia pregressa, história familiar, uso de medicamentos, internações, cirurgias realizadas, exames bioquímicos.

A história da doença atual envolve todos os dados da doença que o usuário apresenta, identificando sua origem, os sinais e sintomas apresentados, as alterações comportamentais, comprometimentos funcionais, alterações no ritmo digestivo e urinário, mudanças significativas nos hábitos diários, no sono, no apetite, alterações significativas de peso e na qualidade de vida.

A história de doenças pregressas envolve as doenças desde a infância até a idade atual, destacando-se a época em que a referida patologia foi diagnosticada, o tratamento empregado, cirurgias eletivas ou emergenciais realizadas. Deve-se dar atenção também a relatos de sinais e sintomas clínicos, sem diagnóstico identificado.

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

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

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

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

6) Realizar anamnese alimentar

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

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

Convém observar que podem ser utilizados diferentes métodos para obtenção das informações dietéticas, como frequência alimentar e história alimentar, o registro alimentar de 1, 3, 7 ou 10 dias, recordatório alimentar de 24 horas, ou observação direta da ingestão alimentar. A escolha do método deve considerar o objetivo ou tipo de informação que se pretende conhecer (VASCONCELOS, 1995).

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

Os diários ou registros da alimentação consistem do registro pelo próprio usuário dos alimentos e quantidades ingeridas em cada refeição durante um tempo delimitado (24 horas, 3, 7 ou 10 dias ou qualquer outro período).¹⁶ Na prática clínica, recomenda-se a solicitação de registro alimentar de pelo menos três dias, sendo dois dias habituais e pelo menos um dia de final de semana. A descrição do alimento envolve a preparação, os ingredientes e suas quantidades em cada prato, assim como a quantidade total ingerida.

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

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

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

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

7) Realizar a avaliação antropométrica¹⁷

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

¹⁶ Deve-se estar atento para as limitações deste método, tais como exigência de que o usuário tenha habilidade para o registro escrito das informações e treinamento prévio para registro das porções.

¹⁷ Para aprofundar sobre os parâmetros utilizados, ver capítulo diagnóstico nutricional e a publicação do Brasil sobre o Sisvan (Brasil, 2004a). Caderno Vigilância Alimentar e dados e a informação em serviços de saúde/Ministério da Saúde (Brasília/DF/2004).

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

8) Realizar diagnóstico clínico-nutricional

O diagnóstico clínico-nutricional deve ser realizado com base na análise conjunta de todas as informações descritas anteriormente, quais sejam: a história social, a história clínica e bioquímica individual e familiar; a anamnese alimentar; a avaliação antropométrica, os hábitos cotidianos como fumo, uso de bebida alcoólica e prática de atividade física. Cabe lembrar que uma avaliação nutricional adequada exige também que se observe o bem-estar do usuário. A partir deste diagnóstico deve-se identificar, junto com o usuário, os aspectos passíveis de modificações e as estratégias necessárias para a promoção de sua saúde.

9) Elaborar o plano alimentar individualizado

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

As metas de emagrecimento devem ser acordadas. O profissional não deve ceder à pressão por uma dieta rigorosa para buscar o emagrecimento rápido. O ideal é trabalhar com a reeducação alimentar para que novos hábitos sejam incorporados ao cotidiano do usuário e de sua família.

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

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

Cálculo do Valor Energético Total (VET)

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

Na prática clínica, para determinação das necessidades energéticas, a TMB pode ser estimada por equações preditivas, tais como as de Harris - Benedict, Henry & Rees e da FAO/OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1985). No entanto, inúmeros estudos têm apontado que a equação tradicional da FAO/OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1985) apresenta resultados que superestimam as necessidades energéticas no obeso. Por isso, Bray (1998 apud DUARTE, 2005) sugere a aplicação da fórmula da OMS revisada para estimar as necessidades energéticas em indivíduos obesos, seja no atendimento ambulatorial, domiciliar ou em consultório (DUARTE, 2005). (Anexo G)

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

1 - Estimar as necessidades energéticas atuais, para adultos, a partir da equação de FAO/OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1985) com base no peso atual, na idade e fator atividade do indivíduo.

2 - Definir a redução calórica que se pretende para o plano alimentar. Para indivíduos com o IMC $> 30 \text{ Kg/m}^2$, pode-se objetivar uma redução ponderal de 10% do peso atual. A programação do tempo que esta perda deve ocorrer vai depender, entre outras questões, do peso atual e do grau de obesidade. Considera-se saudável uma perda de peso de no máximo 0,5 Kg por semana (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995, 2004).

Deve-se ter em mente que nem sempre a perda de peso é o objetivo principal da intervenção. Para indivíduos com IMC entre 25 e $29,9 \text{ Kg/m}^2$, a recomendação é evitar o ganho de peso e controlar os fatores de risco associados. Entretanto, alguns destes indivíduos com sobrepeso podem apresentar uma relação cintura-quadril associada a riscos metabólicos. Por esta razão, devem ser considerados como objetivos da perda ponderal não apenas a redução do peso corporal total, mas também a redução da relação cintura-quadril.

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

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

Uma vez definidas as metas para a perda de peso, calcula-se a redução calórica a ser utilizada para prescrição do plano alimentar, podendo ser utilizado para tal o método "VEMTA". Neste método, considera-se que a ingestão calórica de 7700 Kcal abaixo das necessidades do indivíduo vai promover perda de peso de 1 Kg, ou seja, para a redução de 1 kg por mês é necessário subtrair do VET diário cerca de 250 Kcal. Para proceder ao

cálculo, estima-se o total da perda de peso pactuado e o período previsto, calcula-se o total de energia que deverá ser restringido para a perda proposta e diminui-se o número de dias planejado, chegando-se à redução calórica diária. Este valor será subtraído do valor das necessidades energéticas, definidas de acordo com o peso atual, como acima descrito. Desta forma, chega-se ao valor energético total diário (VET) para a perda de peso planejada.

O VET recomendado deverá ser distribuído em 55 a 75% de carboidratos, 15 a 20% de proteínas e 15 a 30% de lipídeos, distribuído ao longo do dia, em seis refeições (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003). O Guia Alimentar para a População Brasileira recomenda o número de porções por grupos de alimentos, considerando as diretrizes e objetivos da promoção da alimentação saudável, a partir de um parâmetro exemplificador de 2.000 calorias diárias, que pode servir de base para a definição de um plano alimentar individualizado.

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

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

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

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

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

10) Finalizar consulta

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

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

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

11) Registrar no prontuário e no sistema de informações

Destaca-se a importância do registro tanto no prontuário único como no sistema de informações local existente, como forma de dar visibilidade às ações desenvolvidas, de possibilitar a continuidade do acompanhamento do usuário por outros profissionais e de valorização do profissional.

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

12) Consultas de acompanhamento

Os dados de história social, de anamnese alimentar, avaliação antropométrica, clínicos e bioquímicos devem ser atualizados.

O profissional deve acompanhar a evolução do estado nutricional e de saúde e a adesão à prescrição do plano alimentar. Deve-se conversar sobre as mudanças obtidas, as dificuldades encontradas, reorientando o plano em função dos novos dados.

Cabe também ao profissional utilizar como recurso o formulário de registro alimentar, que deve ser entregue ao usuário para que ele registre seu consumo em diferentes dias. Desta forma, a partir da auto-avaliação, ele e o nutricionista poderão conhecer melhor a rotina alimentar. Um olhar sobre o que está sendo consumido no dia-a-dia pode trazer descobertas e reflexões ao usuário, abrindo caminho para transformações.

Nesta etapa, é necessário que o nutricionista interprete e converse sobre o registro, os hábitos, releia em conjunto o plano alimentar e o uso da lista de substituições e também oriente em relação ao preparo, sugerindo novas receitas práticas, hipocalóricas e agradáveis, tornando a alimentação um prazer.

Destaca-se que o uso da lista de substituições nem sempre fica claro. Muitas vezes o usuário não consegue transformar a orientação em uma alimentação bonita, gostosa, prazerosa e saudável. As dúvidas devem ser esclarecidas em todos os contatos com o profissional.

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

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

Ao finalizar cada consulta, convém deixar claro que o profissional estará disponível para ajudá-lo neste processo. O agendamento de consultas subseqüentes vai depender da disponibilidade em função da demanda do setor. Na impossibilidade de um acompanhamento individual mensal, o profissional deve organizar um acompanhamento coletivo, que possibilitará, inclusive, uma troca maior de experiências.

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

■ ■ ■ A apropriação do corpo e do autocuidado

Em algumas situações o usuário retorna à consulta sem o resultado esperado pelo profissional, muitas vezes expresso pela expectativa de redução de peso. Destaca-se, porém, que em geral o usuário já relata maior disposição e bem-estar, e pequenos "emagrecimentos" podem ser considerados satisfatórios, pois já alteram os resultados bioquímicos.

Outras vezes, vivencia-se a situação de nenhuma alteração do peso. Estas situações deixam o profissional sentindo-se impotente e frustrado, o que leva, conseqüentemente, a depositar no indivíduo a "culpa" deste "fracasso", ou mesmo a não acreditar quando o usuário relata que cumpriu as orientações ou que realmente deseja emagrecer. Sua conduta diante da descrença faz com que este fique desestimulado a prosseguir no tratamento.

A partir da colaboração da abordagem psicanalítica (GELBERT, 2005), isso se explicaria à medida que o usuário chega ao serviço, muitas vezes sem a procura espontânea, não tendo o que dizer sobre si mesmo, não se percebendo, não se reconhecendo obeso e como se aquilo não lhe dissesse respeito. O trabalho com este usuário é conseguir que ele se aproprie do próprio corpo, do que se passa com ele, e de sua própria vontade. Então, é preciso fazer um trabalho preliminar, e o melhor espaço é o trabalho em grupo.

Quando se fala em obesidade, em muitos casos, é preciso entender o mecanismo da compulsão. A compulsão se define como um comportamento que ultrapassa a vontade do sujeito. Quando o usuário fala ao profissional "eu quero emagrecer, mas não consigo" ele está sendo absolutamente sincero, ou quando ele diz "eu não comi" ele também está sendo sincero. Há verdade no que ele está dizendo, há algo dele (inconsciente), que o obrigou a comer mas que não foi a sua vontade. Por sua vontade, ele estaria seguindo as orientações, porque também gostaria e é do seu desejo emagrecer.

Quando o obeso chega à consulta afirmando que não comeu, em vez de se contrapor à sua realidade, o profissional deve tentar entender o que ele come. "Eles" comem, simbolicamente, o nervosismo, o desemprego, a ansiedade, o desprazer, a solidão, enfim, outros comeres (GARCIA, 1992).

Segundo Gelbert (2005), o ser humano não é instinto, ele não come só para se alimentar, para ter saúde e não come qualquer coisa. Ele é capaz de morrer comendo sem fome, pela compulsão de "botar para dentro". O ser humano, para viver na sociedade, tem de renunciar ao instinto e tem de viver nas condições da cultura. Isto cria uma fome eterna que pode ser de comida, de objetos de consumo, de amor. No entanto, a cultura tem regras de sobrevivência, regras da sociedade, e não dá para se ter tudo, havendo necessidade de negociar com o desejo para buscar alternativas para a compulsão.

Na sociedade de consumo atual há um constante lançamento de produtos, de bens que prometem a felicidade, reforçando a ilusão de que é possível alcançar a satisfação plena, com aquele biscoito, com aquela roupa; porém o sujeito não a obterá, gerando um ciclo vicioso de promessas que mantêm o indivíduo nessa infinita procura, ou então ele desiste, e neste caso, pode surgir a depressão.

Cabe aos profissionais de saúde buscar junto a estes usuários alternativas que promovam o entendimento da sua compulsão, e que possibilitem buscar outras opções de prazer, sem passar pela comida. A sociedade consumista transformou sonhos e esperanças e ofereceu objetos; é preciso subverter esta ordem.

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

Assim, uma das possibilidades para entender o que acontece com este usuário é buscar um trabalho coletivo, de preferência interdisciplinar, no qual as questões são comuns e a fala do outro possibilita o entendimento do que ocorre tanto para eles próprios como para os profissionais.

■ ■ ■ Resgate da culinária, saúde e prazer no cotidiano da população

O nutricionista deve utilizar o seu conhecimento sobre a técnica dietética, incorporando, entre suas ações, o resgate da culinária compreendida como arte, saúde, criatividade e prazer.

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

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

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

Nesta perspectiva, Garcia (1993) comenta que as experiências do paladar vivenciadas têm forte influência na apreciação do alimento. A apresentação, as variedades de formas, de cores, de cheiros, de sabores e de combinações são aspectos que colaboram para aceitação dos alimentos e preparações e não devem ser negligenciados na prática do profissional. O gosto é construído a partir de vários aspectos, da disponibilidade objetiva do alimento, mas também de suas características sensoriais próprias, como o sabor, a textura, a aparência (FISCHLER, 1995; VALENTE, 1986).

Destaca-se ainda a importância do resgate dos ritos, das celebrações, dos momentos de festa e socialização. Assim, as festas e os lanches dirigidos aos profissionais, aos diversos usuários, à comunidade, podem ser aproveitados como momento de lazer e como espaços educativos; mesa farta, bonita, saudável e adequada às condições de saúde e nutrição.

Possibilitar uma alimentação que respeite os hábitos alimentares, que seja saudável, acessível, bonita e colorida, deve fazer parte da prática profissional. A manutenção das práticas alimentares tradicionais e a gastronomia típica aproximam os seres humanos, inserindo-os no contexto de sua territorialidade e identidade cultural (AZEVEDO, 2004; BRAGA, 2004).

Atos inerentes ao cuidar e técnicas que, culturalmente, eram passadas de geração a geração, estão se perdendo. A modernização, acompanhada da abundância alimentar, seja pelo aumento na produção local ou pela ampliação do mercado global, tem aproximado os padrões de consumo. Além disso, a ampliação da participação das mulheres no mercado de trabalho tem reduzido o tempo empregado nas tarefas domésticas, entre elas o preparo de alimentos, o que, em alguns casos, leva ao consumo de uma refeição com alimentos menos variados ou com alimentos pré-processados e/ou prontos, por parte de toda a família. A adesão indiscriminada a produtos industrializados não compromete apenas a qualidade nutricional da alimentação, pois quando práticas alimentares tradicionais cedem lugar a produtos industrializados, freqüentemente menos saudáveis, mais ricos em gordura e geradores de lixo, compromete-se também a sustentabilidade (MENDONÇA, 2005; BOOG, 2004).

A organização do tempo é outro aspecto bastante associado à alimentação; a urgência e a "falta de tempo" têm guiado os ritmos coletivos, fazendo do ato de comer uma ação apressada, angustiada, e, em alguns casos, pouco desfrutada (FELIPO, 2003).

Mulheres e homens, meninas e meninos, portanto, devem se familiarizar com habilidades culinárias mínimas que lhes permitam gozar de autonomia para prover o autocuidado em relação à alimentação, assim como desenvolver o senso crítico em relação ao consumismo e aos apelos mercadológicos, evitar o desperdício, resgatar os estímulos sensoriais da alimentação, explorando, por exemplo, a riqueza de aromas de ervas naturais. Modos de preparo, ingredientes, condimentos e uma série de elementos típicos da culinária podem ser recuperados, pois a cultura alimentar não diz respeito apenas àquilo que tem raízes históricas, mas, principalmente, aos nossos hábitos cotidianos, que são compostos pelo que é tradicional e pelo que se constitui como novos hábitos (BOOG, 2004; BRAGA, 2004).

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

ACCIOLY, E.; SAUNDERS, C.; LACERDA, E. M. A. Nutrição em obstetrícia e pediatria. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2002.

AGUIRRE, P. Aspectos socioantropológicos de la obesidad en la pobreza. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. La obesidade en la pobreza: un nuevo reto para la salud pública. Washington, 2000. p. 13-25. (Publicación Científica, n. 576).

ANJOS, L. A. Índice de massa corporal (massa corporal/estatura²) como indicador do estado nutricional de adultos: revisão da literatura. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 26, n. 6, p. 431-436, 1992.

ANJOS, L. A.; VEIGA, G. V.; CASTRO, I. R. R. Distribuição dos valores do índice de massa corporal da população brasileira até 25 anos de idade. Revista Panamericana de Salud Publica, [S.l.], v. 3, n. 3, p. 164-173, 1998.

ARNAIZ, M. G. Pensando sobre el riesgo alimentario y su aceptabilidad: el caso de los alimentos transgenicos. Revista de Nutrição, Campinas, v. 17, n. 2, p. 125-149, 2004.

ASSEMBLÉIA MUNDIAL DE SAÚDE, 57., 2004, Genebra. Estratégia global para a promoção da alimentação saudável, atividade física e saúde. Genebra, 2004.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE. Estudo multicêntrico de balão intragástrico: resultados preliminares. ABESO, Rio de Janeiro, v. 3, n. 8, 2003.

ATALAH, E. et al. Validation of a new chart for assessing the nutritional status during pregnancy. Revista Médica de Chile, [S.l.], v. 125, p. 1429-1436, 1999.

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

AZEVEDO, E. Alimentação e modos de vida saudável. Saúde em revista: Segurança Alimentar e Nutricional, São Paulo, v. 6, n. 13, p. 31-36, maio/ago. 2004.

BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, Sup. 1, p. S181-S191, 2003. BLEICHER, L. Saúde para todos já. 2. ed. Fortaleza: Expressão Gráfica, 2004. 110 p.

BOLTANSKI, L. As classes sociais e o corpo. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989. 191 p. (Biblioteca de Saúde e Sociedade, v. 5).

BOOG, M. C. F. Contribuição da educação nutricional à construção da segurança alimentar: Saúde em Revista: Segurança Alimentar e Nutricional, São Paulo, v. 6, n. 13, p. 17-23, maio/ago. 2004.

BOSI, M. L. M. Profissionalização e conhecimento: a nutrição em questão. São Paulo: Hucitec, 1996. 214 p.

BRAGA, V. Cultura alimentar: contribuições da antropologia da alimentação. Saúde em Revista: Segurança Alimentar e Nutricional, São Paulo, v. 16, n. 13, p. 37-43, maio/ago. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agita Brasil: guia para agentes multiplicadores. Brasília, 2001a.

_____. Ministério da Saúde. Análise da estratégia global para alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Assistência pré-natal: manual técnico. 3. ed. Brasília, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de 2 anos. Brasília, 2002b.

_____. Ministério da Saúde. Hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. Brasília, 2001b. (Série Cadernos de Atenção Básica, n. 7)

_____. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: política nacional de humanização. Brasília, 2003. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.886/GM de dezembro de 1997. Aprova as normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 dez. 1997a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 710/GM, de 10 de junho de 1999. Aprova a Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, Brasília: Ministério da Saúde, 1999a.

_____. Ministério da Saúde. Saúde da criança: acompanhamento do desenvolvimento infantil. Brasília, 2002a. (Série Cadernos de Atenção Básica; n. 11) (Série A. Normas e Manuais Técnicos, n. 173).

_____. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1997b.

_____. Ministério da Saúde. Vigilância alimentar e nutricional - SISVAN: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde. Brasília, 2004a.

BRAZ, M. A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 97-104, 2005.

BRITO, P. Vigilância do estado nutricional de adultos: possibilidades e limitações. 2002. Monografia (Curso de Especialização em Saúde Coletiva nos Moldes de Residência)-Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

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

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

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

CAMPOS, G. W. et al. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 745-749, 2004.

CAMPOS, G. W. Saúde paidéia. São Paulo: Hucitec, 2003.

CANESQUI, A. M. A dietética popular: comida de pobre e comida de rico. *Revista Saúde em Debate*, [S.l.], v. 4, p. 48-53, 1978.

CASTRO, A. M.; CASTRO, I. R. R.; BRANCO, V. M. C. A iniciativa Rio Saudável no contexto da promoção da saúde. *Saúde em Foco: Informe Epidemiológico em Saúde Coletiva*, [S.l.], v. 23, p. 9-15, 2002.

CASTRO, I. R. R. et al. Evolução do aleitamento materno no município do Rio de Janeiro no período de 1996 a 2003. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, 2004. Encarte especial.

CASTRO, I. R. R. Vigilância alimentar e nutricional: limitações e interfaces com a rede de saúde. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1995.

CHAMMÉ, S. J. Modos e modas da doença e do corpo: a equação humana no cuidado à doença. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 61-76, 1996.

CHOR, D. Saúde pública e mudanças de comportamento: uma questão contemporânea. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 423-425, 1999.

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

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

CONSENSO LATINO-AMERICANO EM OBESIDADE, 1., 1998, Rio de Janeiro. Documentos... Rio de Janeiro: ABESO, 1998.

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

DAMIÃO, J. Obesidade em mulheres de um assentamento rural: comparação entre imagem corporal e diagnóstico nutricional. 1999. Monografia (Curso de Especialização Intervenções Nutricionais em Saúde Coletiva)-Instituto de Nutrição, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.

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

ENGSTROM, E. M. (Org.). SISVAN: instrumento para o combate aos distúrbios nutricionais em serviços de saúde: o diagnóstico nutricional. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 1998.

ENGSTROM, E. M. et al. SISVAN: instrumento para o combate aos distúrbios nutricionais em serviços de saúde: o diagnóstico nutricional. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

ENGSTROM, E. M.; CASTRO, I. R. R. Informação e intervenção em nutrição e saúde: a trajetória do SISVAN no Brasil e no Rio de Janeiro. *Saúde em Foco*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 18, 1999.

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

FEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE SOCIEDADES OBESIDAD (FLASO). I Consenso Latino-americano em obesidade. Rio de Janeiro, 1998.

FELIPPE, F. Obesidade zero: a cultura do comer na sociedade de consumo. Porto Alegre: Sulina, 2003.

FERREIRA, V. A. Obesidade & pobreza: o aparente paradoxo. 2003. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)-Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

FISCHLER, C. Gastro-nomia y gastro-anomia: sabiduría del cuerpo y crisis biocultural de la alimentación contemporánea. In: CONTRERAS, J. (Org.). *Alimentación y cultura*. Barcelona: Universitat de Barcelona, 1995. p. 357-380. (Estudio General, Ciências Humanas y Sociais, 3).

_____. Obeso maligno - obeso benigno. In: SANT'ANNA, D. B. *Políticas do corpo*. São Paulo: Estação Liberdade, 1995. p. 69-80.

FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION OF THE UNITED NATIONS; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Necessidades de energia e proteína. Genebra: Editora Roca, 1985. (Série de Relatos Técnicos, n. 724).

FRANCISCHI, R. P. P. et al. Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 13, p. 17-28, 2000.

FREIRE, P. Educação e mudança. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

GARCIA, R. W. D. Representações sociais da alimentação e saúde e suas repercussões no comportamento alimentar. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 7, p. 51-68, 1997.

_____. Representações sociais da comida no meio urbano: um estudo no centro da cidade de São Paulo. 1993. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social)-Universidade de São Paulo, São Paulo, 1993.

_____. Um enfoque simbólico do comer e da comida nas doenças. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 5, p. 70-80, 1992.

GELBERT, S. Implicações emocionais da obesidade na infância. In: JORNADA DE NUTRIÇÃO DO INSTITUTO DE PUERICULTURA E PEDIATRIA MARTAGÃO GESTEIRA, 4., 2005, Rio de Janeiro. [Anais...]. Rio de Janeiro: IPPMG/UFRJ, 2005.

GIGANTE, D. et al. Consumo alimentar de famílias de baixa renda no município de Piracicaba/SP. *Saúde em revista: Segurança Alimentar e Nutricional*, São Paulo, v. 6, n. 13, maio/ago, 2004.

GIGANTE, D. et al. Prevalência de obesidade em adultos e seus fatores de risco. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 236-246, 1997.

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

GOLDENBERG, M. Dominação masculina e saúde: usos do corpo em jovens das camadas médias urbanas. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 91-95, 2005.

GRUPO DE ESTUDOS DE NUTRIÇÃO NA TERCEIRA IDADE. Alimentação na terceira idade. São Paulo: Universidade de São Paulo/Faculdade de Saúde Pública, 1999.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil: pesquisa de orçamentos familiares 2002-2003. Rio de Janeiro, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE ORIENTAÇÃO ALIMENTAR. Promoção do consumo de frutas, legumes e verduras: o programa "5 ao Dia". Disponível em: <www.5aodia.com.br>. Acesso em: ago. 2005.

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

JOHNSON, J. W. C.; LONGMATE, J. A.; FRENTEZEN, B. Excessive maternal weight and pregnancy outcome. *American Journal Obstetric Gynecologic*, [S.l.], v. 167, p. 353-372, 1992.

KAC, G. Fatores determinantes da retenção de peso no pós-parto: uma revisão da literatura. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, p. 455-466, 2001.

KUMANYIKA, S. et al. Obesity prevention: the case for action. *International Journal of Obesity*, v.26, n.3, p.425-436, 2002.

_____. Menarca, gravidez precoce e obesidade em mulheres brasileiras selecionadas em um Centro de Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 1, p. 111-118, 2003.

KESTELOOT, H. et al. Serum lipid and apolipoprotein levels in a Nigerian population sample. *Atherosclerosis*, [S.l.], v. 78, p. 33-38, 1989.

LESSA, I. Epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis: o adulto brasileiro e as doenças da modernidade. São Paulo: Abrasco, 1998.

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

LIPSCHITZ, D. A. Screening for nutritional status in the elderly. *Primary Care*, [S.l.], v. 21, n. 1, p. 55-67, 1994.

LUZ, M. Comparação de representações de corpo, saúde, doença e tratamento em pacientes e terapeutas de homeopatia, acupuntura e biomedicina. Rio de Janeiro: UERJ, 1998. (Série Estudos em Saúde Coletiva, n. 167).

_____. Representações de doença, saúde e seu cuidado na clientela de serviços ambulatoriais da rede pública do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: UERJ, 1997. (Série Estudos em Saúde Coletiva, n. 149).

MAHAN, L. K.; ESCOTT-STUMP, S.; KRAUSE, S. Alimentos, nutrição e dietoterapia. 9. ed. São Paulo: Editora Roca, 1998.

MALDONADO, M. T. Maternidade e paternidade: preparação com técnicas de grupo. Rio de Janeiro: Livraria Ateneu, 1982.

MATSUDO, V. K. R. Atividade física, saúde e nutrição. *Revista Saúde em Foco*. [S.l.], v. 8, n. 18, 1999.

MENDONÇA, C. P.; ANJOS, L. A. Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso/obesidade no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 698-709, 2004.

MENDONÇA, C. Práticas alimentares e de atividade física de mulheres obesas atendidas em unidades de saúde pública do município de Niterói: trajetórias e narrativas. 2005. Tese (Doutorado em Saúde Pública)-Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, H. O. Na dor do corpo, o grito da vida. In: COSTA, N. R. et al. (Org.). Demandas populares, políticas públicas e saúde. Petrópolis: Vozes, 1989. p. 75-102.

MONDINI, L.; MONTEIRO, C. A. Mudanças no padrão de alimentação. In: MONTEIRO, C. A. (Org.). Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 79-89.

MONTEIRO, C. A. et al. O estado nutricional das crianças brasileiras: a trajetória de 1975 a 1989. In: MONTEIRO, M. F. G.; CERVINI, R. (Org.). Perfil estatístico de crianças e mães no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 1992b. p. 43-60.

MONTEIRO, C. A. O panorama da nutrição infantil nos anos 90. São Paulo: UNICEF, 1997. (Cadernos de Políticas Sociais. Série documentos para discussão n. 1).

_____. Velhos e novos males de saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

MONTEIRO, C. A.; BENÍCIO, M. H. A.; GOUVEIA, N. C. Saúde e nutrição das crianças brasileiras no final da década de 80. In: MONTEIRO, M. F. G.; CERVINI, R. (Org.). Perfil estatístico de crianças e mães no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 1992a. p. 19-42.

MONTEIRO, C. A.; CONDE, W. L.; CASTRO, I. R. R. A tendência cambiante da relação entre escolaridade e risco de obesidade no Brasil (1975-1997). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, p. 67-75, 2003.

MONTILLA, R. N. G. et al. Avaliação do estado nutricional e do consumo alimentar de mulheres no climatério. *Rev. Assoc. Med. Bras. [S.l.]*, v. 49, n. 1, p. 91-95, 2003.

MUNIZ, J. N. et al. A incorporação da busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose na prática do agente comunitário de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 315-321, 2005.

NG, T. K. W. et al. Nonhypercholesterolemic effects of a palm - oil in Malaysian volunteers. *Am. J. Clin. Nutri.*, [S.l.], n. 553, p. 1015S-1021S, 1991.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Documentos da Organização das Nações Unidas para a promoção da alimentação saudável. Brasília, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Necessidades de energia e proteína. Genebra: Editora Roca, 1998. (Série de Relatos Técnicos, 724).

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

PEÑA, M.; BACALLAO, J. La obesidad en la pobreza: un problema emergente en las Américas. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *La obesidad en la pobreza: un nuevo reto para la salud pública*. Washington, 2000. (Publicación Científica, n. 576).

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

PINHEIRO, A. R. O.; FREITAS, S. F. T.; CORSO, A. C. T. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 17, n. 4, out./dez., 2004.

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

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

REVISTA BRASILEIRA DE SAÚDE DA FAMÍLIA. Brasília: Ministério da Saúde, 2001c.

REVISTA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE. Brasília: Ministério da Saúde, ano 1, n. 1, ago/out. 1999b.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria Municipal de Saúde. *Projeto com Gosto da Saúde: cartilha distúrbios nutricionais*. Rio de Janeiro, 2005. No prelo.

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

ROTENBERG, S. *Práticas alimentares e o cuidado da saúde da criança de baixo peso*. 1999. Dissertação (Mestrado em Saúde da Mulher e da Criança)-Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999.

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

ROTENBERG, S.; MARCOLAN, S.; DAMIÃO, J. *Práticas educativas em saúde e nutrição*. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, 2003. Mimeografado. SANTA ROSA, E. *Quando brincar é dizer: a experiência psicanalítica na infância*. Rio de Janeiro: Relumê-Dumara, 1993.

SAWAYA, A. L. *Desnutrição urbana no Brasil em um período de transição*. São Paulo: Cortez, 1997.

SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I.; MENDES-GONÇALVES, R. *Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica*. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 48-66.

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

SICHIERI, R. *Epidemiologia da obesidade*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.

SILVA, D. O. *O fiel da balança na história do corpo obeso de mulheres de baixa renda: Manguinhos*. 1995. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)-Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1995.

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

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

SWINBURN, B.; EGGER, G.; RAZA, F. Dissecting obesogenic environments: the development and application of a framework for identifying and prioritizing environmental interventions for obesity. *Preventive Medicine*, [S.l.], n. 29, p. 563-570, 1999.

TANNER, J. M. Foetus into men: physical growth from conception to maturity. 2nd ed. London: Castlenud Publications, 1989.

TAVARES, E. L. Envelhecimento e composição corporal: uma revisão da literatura acerca das implicações metodológicas do uso da antropometria em população idosa. In: _____. Antropometria nutricional em idosos: considerações metodológicas e situação da população brasileira em 1989. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)-Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1997.

TONIAL, S. Desnutrição e obesidade: faces contraditórias na miséria e na abundância. Recife, IMIP, 2001.

VALENTE, F. L. S. (Org.). Fome e desnutrição: determinantes sociais. São Paulo: Cortez, 1986.

_____. Direto humano à alimentação: desafios e conquistas. São Paulo: Cortez, 2002.

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

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

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

WAITZBERG, D. L. Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2000.

WANG, Y.; MONTEIRO, C.; POPKIN, B. M. Trends of obesity and underweight in older children and adolescents in the United States, Brasil, China and Russia. *American Journal of Clinical Nutrition*, [S.l.], v. 75, p. 971-977, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation on Obesity. Geneva, 1998.

_____. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Geneva, 2003. (WHO Technical Report Series, n. 916).

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

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

_____. Promoting proper feeding for infants and young children. Disponível em: <<http://www.who.int/nut.inf.html>>. Acesso em: 2005.

YPIRANGA, L. Delimitação do objeto de trabalho do nutricionista: subsídios para uma discussão. *Revista Saúde em Debate*, [S.l.], v. 29, p. 62-69, 1989.

ZALUAR, A. A máquina e a revolta: as organizações populares e o significado da pobreza. São Paulo: Brasiliense, 1985.


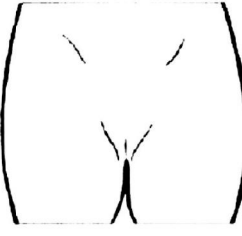
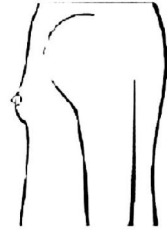
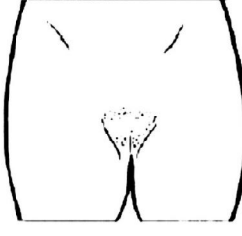

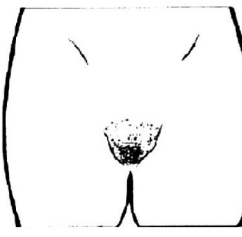

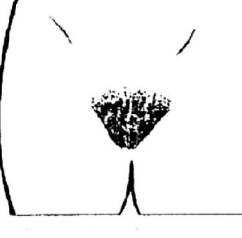

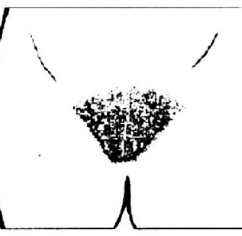


A N E X O S

ANEXO A

Desenvolvimento Puberal Feminino

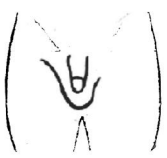
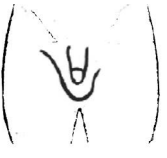

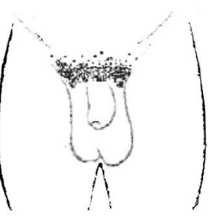
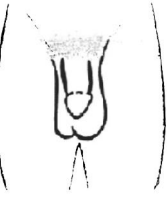
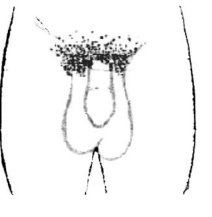

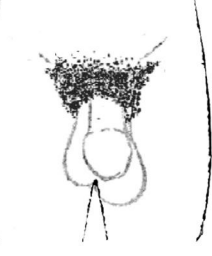
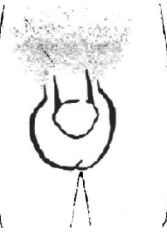

Critérios de Tanner

Mamas		Pelos Pubianos	
	Fase Pré-adolescência (elevação das papilas).		Fase Pré-adolescência (não há pelugem).
	8 - 13 anos Mamas em fase de botão (elevação da mama e auréola como pequeno montículo).		9 - 14 anos Presença de pelos longos, macios, levemente pigmentados, ao longo dos grandes lábios.
	10 - 14 anos Maior aumento das mamas, sem separação dos contornos.		10 - 14^{1/2} anos Pelos mais escuros, ásperos, sobre o púbis.
	11 - 15 anos Projeção da auréola e das papilas para formar montículo secundário por cima da mama.		11 - 15 anos Pelugem do tipo adulto, mas a área coberta é consideravelmente menor do que no adulto.
	13 - 18 anos Fase adulta, com saliência somente das papilas.		12 - 16^{1/2} anos Pelugem tipo adulta, cobrindo todo o púbis e a virilha.

11 a
5mM
E
N
A
R
C
A15 a
6m

Desenvolvimento Puberal Masculino

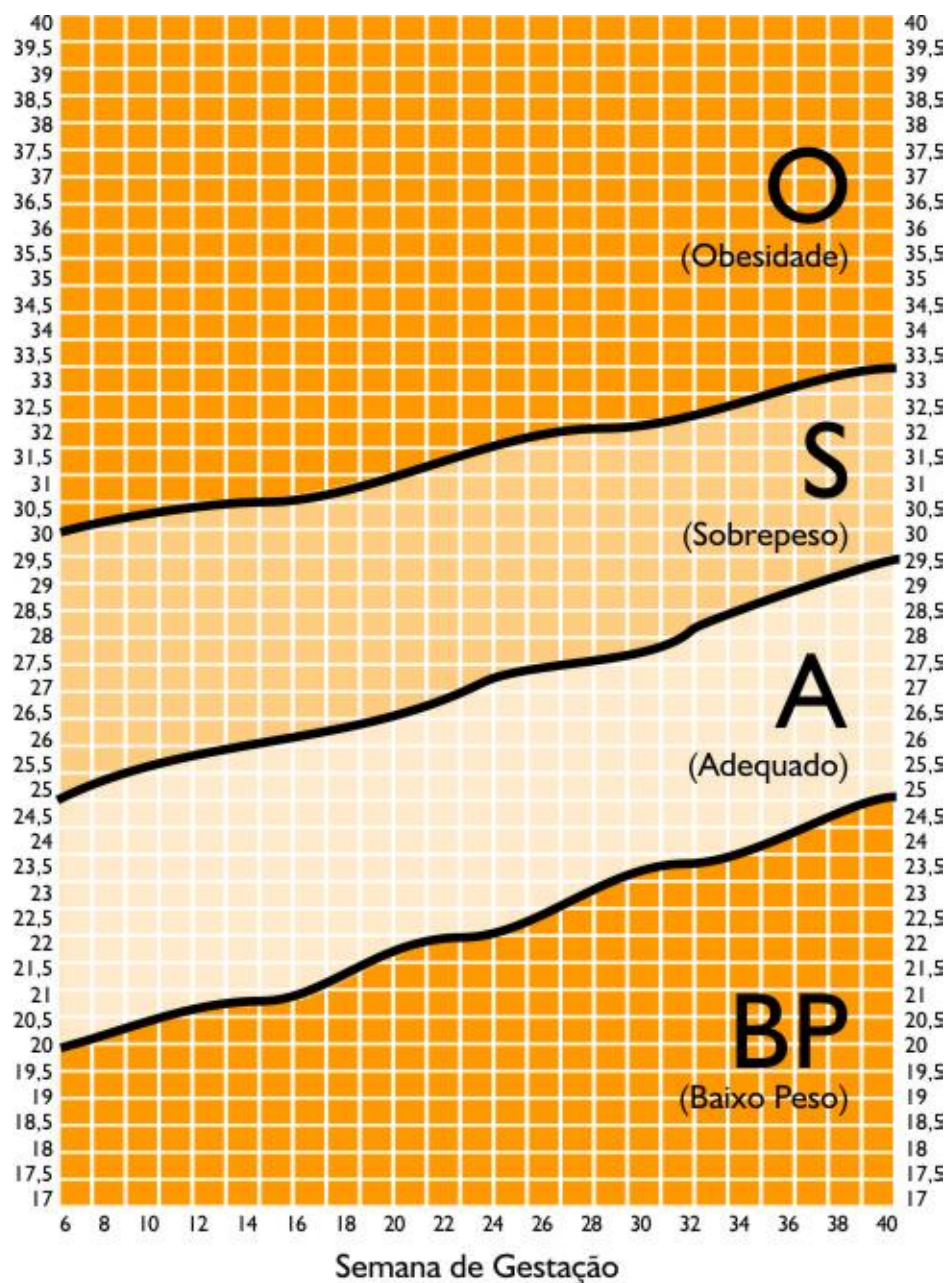
Crítérios de Tanner

Genitália	Pêlos Pubianos
 <p>Pré-adolescência (infantil).</p>	 <p>Fase pré-adolescência (não há pelugem).</p>
 <p>9 1/2 - 13 1/2 anos</p> <p>Aumento do escroto e dos testículos, sem aumento do pênis.</p>	 <p>11 - 15 1/2 anos</p> <p>Presença de pêlos longos, macios, ligeiramente pigmentados, na base do pênis</p>
 <p>10 1/2 - 15 anos</p> <p>Ocorre também o aumento do pênis, inicialmente em toda a sua extensão.</p>	 <p>11 3/4 - 16 anos</p> <p>Pêlos mais escuros, ásperos, sobre o púbis.</p>
 <p>11 1/2 - 16 anos</p> <p>Aumento do diâmetro do pênis e da glândula, crescimento dos testículos e escroto, cuja pele escurece.</p>	 <p>12 - 16 1/2 anos</p> <p>Pelugem do tipo adulto, mas a área coberta é consideravelmente menor do que no adulto</p>
 <p>12 1/2 - 17 anos</p> <p>Tipo adulto.</p>	 <p>13 - 17 anos</p> <p>Tipo adulto, estendendo-se até a face interna das coxas.</p>

■ ■ ■ Avaliação do estado nutricional da gestante segundo o Índice de Massa Corporal - IMC por semana gestacional.

Semana gestacional	Baixo peso (BP) IMC \leq	Adequado (A) IMC Centre		Sobrepeso (S) IMC Centre		Obesidade (O) IMC \geq
06	19,9	20,0	24,9	25,0	30,0	30,1
08	20,1	20,2	25,0	25,1	30,1	30,2
10	20,2	20,3	25,2	25,3	30,2	30,3
11	20,3	20,4	25,3	25,4	30,3	30,4
12	20,4	20,5	25,4	25,5	30,3	30,4
13	20,6	20,7	25,6	25,7	30,4	30,5
14	20,7	20,8	25,7	25,8	30,5	30,6
15	20,8	20,9	25,8	25,9	30,6	30,7
16	21,0	21,1	25,9	26,0	30,7	30,8
17	21,1	21,2	26,0	26,10	30,8	30,9
18	21,2	21,3	26,1	26,2	30,9	31,0
19	21,4	21,5	26,2	26,3	30,9	31,0
20	21,5	21,6	26,3	26,4	31,0	31,1
21	21,7	21,8	26,4	26,5	31,1	31,2
22	21,8	21,9	26,6	26,7	31,2	31,3
23	22,0	22,1	26,8	26,9	31,3	31,4
24	22,2	22,3	26,9	27,0	31,5	31,6
25	22,4	22,5	27,0	27,1	31,6	31,7
26	22,6	22,7	27,2	27,3	31,7	31,8
27	22,7	22,8	27,3	27,4	31,8	31,9
28	22,9	23,0	27,5	27,6	31,9	32,0
29	23,1	23,2	27,6	27,7	32,0	32,1
30	23,3	23,4	27,8	27,9	32,1	32,2
31	23,4	23,5	27,9	28,0	32,2	32,3
32	23,6	23,7	28,0	28,1	32,3	32,4
33	23,8	23,9	28,1	28,2	32,4	32,5
34	23,9	24,0	28,3	28,4	32,5	32,6
35	24,1	24,2	28,4	28,5	32,6	32,7
36	24,2	24,3	28,5	28,6	32,7	32,8
37	24,4	24,5	28,7	28,8	32,8	32,9
38	24,5	24,6	28,8	28,9	32,9	33,0
39	24,7	24,8	28,9	29,0	33,0	33,1
40	24,9	25,0	29,1	29,2	33,1	33,2
41	25,0	25,1	29,2	29,3	33,2	33,3
42	25,0	25,1	29,2	29,3	33,2	33,3

■ ■ ■ Gráfico de Acompanhamento Nutricional e Gestante
Índice de Massa Corporal segundo semana de gestação



Fonte: INSTITUTE OF MEDICINE. Nutrition during pregnancy. Washington DC. National Academy Press, 1990. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Infants and Children. In: Physical status: The use and interpretation of anthropometry. Geneva: n° 854, 1995.

ATALAH E *et al.* Propuesta de un nuevo estándar de evaluación nutricional en embarazadas. Revista Médica de Chile, 125(12): 1429-1436, 1997.

ANEXO D

■ ■ ■ Ganho de peso (Kg) recomendado durante a gestação segundo o estado nutricional inicial.

Estado Nutricional Inicial (IMC)	Ganho de peso (kg) total no 1º trimestre	Ganho de peso (kg) semanal médio no 2º e 3º trimestres	Ganho de peso (kg) total na gestação
Baixo Peso (BP)	2,3	0,5	12,5 - 18,0
Adequado (A)	1,6	0,4	11,5 - 16,0
Sobrepeso (S)	0,9	0,3	7,0 - 11,5
Obesidade (O)	-	0,3	7,0

Fonte: INSTITUTE OF MEDICINE. Nutrition during pregnancy. Washington DC. National Academy Press, 1990 (adaptada). WHO, 1995.

ANEXO E

■ ■ ■ Dez passos para uma alimentação saudável

1. Aumente e varie o consumo de frutas, legumes e verduras. Coma-os 5 vezes ao dia.
2. Coma feijão no mínimo 4 vezes por semana.
3. Reduza o consumo de alimentos gordurosos e frituras para no máximo 1 vez por semana.
4. Reduza o consumo do sal. Tire o saleiro da mesa.
5. Faça pelo menos 3 refeições principais e 1 lanche por dia. Não pule as refeições.
6. Reduza o consumo de doces, bolos, biscoitos e alimentos ricos em açúcar para no máximo 2 vezes por semana.
7. Reduza o consumo de álcool e refrigerantes. Evite o consumo diário. A melhor bebida é a água.
8. Aprecie a sua refeição. Coma devagar.
9. Mantenha o seu peso dentro de limites saudáveis - veja nos serviços de saúde se seu IMC está entre 18,5 e 24,9 kg/m².
10. Seja ativo. Acumule 30 minutos de atividade física todos os dias. Caminhe pelo seu bairro, suba escadas, não passe muitas horas assistindo TV.

(Extraído do folder do Ministério da Saúde - Como está a sua alimentação?)

■ ■ ■ Dez passos para uma alimentação - Guia alimentar para crianças menores de dois anos

1. Dar somente leite materno até os seis meses, sem oferecer água, chás ou qualquer outro alimento;
2. A partir dos seis meses, introduzir, de forma lenta e gradual, outros alimentos, mantendo o leite materno até os dois anos de idade ou mais;
3. Após seis meses, dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas, legumes) 3 vezes ao dia, se a criança receber leite materno, e 5 vezes ao dia, se estiver desmamada;
4. A alimentação complementar deve ser oferecida sem rigidez de horários, respeitando-se sempre a vontade da criança;
5. A alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida de colher; começar com consistência pastosa (papas/purês) e, gradativamente, aumentar a consistência até chegar à alimentação da família;
6. Oferecer à criança diferentes alimentos ao dia. Uma alimentação variada é uma alimentação colorida;
7. Estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições;
8. Evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas, nos primeiros anos de vida. Usar sal com moderação;
9. Cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos; garantir o seu armazenamento e conservação adequados;
10. Estimular a criança doente e convalescente a se alimentar, oferecendo sua alimentação habitual e seus alimentos preferidos, respeitando a sua aceitação.

Fonte: Brasil, 2002b.

Equações Preditivas de Necessidades Energéticas

■ ■ ■ Equações para estimar a taxa metabólica basal segundo idade, sexo.

Variação etária (anos)	Kcal/dia
Masculino	
0 - 3	60,9 P - 54
3 - 10	22,7 P + 495
10 - 18	17,5 P + 651
18 - 30	15,3 P + 679
30 - 60	11,6 P + 879
> 60	13,5 P + 487
Feminino	
0 - 3	61,0 P - 51
3 - 10	22,5 P + 499
10 - 18	12,2 P + 746
18 - 30	14,7 P + 496
30 - 60	8,7 P + 829
> 60	10,5 P + 596

Obs.: P = Peso em Kg.

Fator Atividade	Homens	Mulheres
Leve	1,55	1,56
Moderado	1,78	1,64
Intenso	2,10	1,82

Fonte: WHO, 1985. FAO/OMS. Necessidades de Energia e Proteína. OMS, Série de Relatos Técnicos, 724.
Genebra: Editora Roca, 1998.

■ ■ ■ Equações revisadas da OMS para estimar as necessidades energéticas de adultos.

TMB Homens

18-30 anos: $(0,0630 \times PA + 2,8957) \times 240 \text{ kcal}$

31-60 anos: $(0,0484 \times PA + 3,6534) \times 240 \text{ kcal}$

TMB Mulheres

18-30 anos: $(0,0621 \times PA + 2,0357) \times 240 \text{ kcal}$

31-60 anos: $(0,0342 \times PA + 3,5377) \times 240 \text{ kcal}$

Fator Atividade

Sedentário: 1,3

Algum exercício regular: 1,5

Exercício de alta intensidade: 1,7

Obs.: PA = Peso Atual (Kg).

Fonte: Duarte, 2005, adaptada a partir das equações propostas por Bray (1998).

■ ■ ■ Equações da OMS para estimar as necessidades energéticas de crianças menores de um ano.

VET (Kcal) = peso (kg) x recomendação de energia

Necessidades de energia segundo idade Idade (em meses)	Energia (Kcal/Kg)
0-3	116
3-6	99
6-9	95
9-12	101
Média no 1º ano de vida	103

Fonte: FAO/OMS, 1985.

■ ■ ■ Equações da OMS para estimar as necessidades energéticas de crianças

Idade (em anos)		Energia (Kcal/Kg)	
1-2		105	
2-3		100	
3-5		95	
5 a 10 anos		Meninos	Meninas
5-7		90	85
7-10		78	67

Fonte: FAO/OMS, 1985.

