



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
INSTITUTO DE NUTRIÇÃO JOSUÉ DE CASTRO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM NUTRIÇÃO CLÍNICA

ALINE MOREIRA DO VALLE

Orientações nutricionais qualitativas para paciente diagnosticada com obesidade e diabetes
mellitus do tipo 2

RIO DE JANEIRO

2022

ALINE MOREIRA DO VALLE

Orientações nutricionais qualitativas para paciente diagnosticada com obesidade e diabetes
mellitus do tipo 2

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de pós-graduação da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Centro de Ciências da Saúde, Instituto de Nutrição Josué de Castro como parte das exigências para a obtenção do título de especialista em Nutrição Clínica.

Rio de Janeiro
2022

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM NUTRIÇÃO CLÍNICA

FOLHA DE APROVAÇÃO

ALINE MOREIRA DO VALLE

Orientações nutricionais qualitativas para paciente diagnosticada com obesidade e diabetes
mellitus do tipo 2

Trabalho de conclusão de curso de Especialização em Nutrição Clínica da
Universidade Federal (UFRJ) apresentado como requisito parcial para a obtenção do
título de especialista em nutrição clínica, pela Universidade Federal do Rio de
Janeiro.

Aprovado em ____ de _____ de 2022

Banca Avaliadora

(Orientadora: Juliana de Paula Lima, Doutora em Ciências Nutricionais - UFRJ)

Prof.a Msc Amanda Luísa Sales

Prof.a Msc Luciana de Almeida Pires

FICHA CATALOGRÁFICA

CIP - Catalogação na Publicação

Mo Moreira do Valle, Aline
 Orientações nutricionais qualitativas para
 paciente diagnosticada com obesidade e diabetes
 mellitus do tipo 2 / Aline Moreira do Valle. -- Rio
 de Janeiro, 2022.
 34 f.

 Orientadora: Juliana de Paula Lima.
 Trabalho de conclusão de curso (especialização) -
 Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto
 de Nutrição Josué de Castro, Nutrição Clínica, 2022.

 1. Diabetes mellitus. 2. Obesidade. 3. Saúde. I.
 de Paula Lima, Juliana, orient. II. Título.

Elaborado pelo Sistema de Geração Automática da UFRJ com os dados fornecidos pelo(a) autor(a), sob a responsabilidade de Miguel Romeu Amorim Neto - CRB-7/6283.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Lista de medicamentos utilizados pela paciente _____	13
Quadro 2: Lista de fórmulas/suplementos utilizado pela paciente _____	13
Quadro 3: Dados da avaliação antropométrica _____	17
Quadro 4: Dados bioquímicos da paciente _____	18
Quadro 5: Recordatório de 24 horas _____	19
Quadro 6: Questionário de Frequência de Consumo Alimentar (QFCA) _____	20
Quadro 7: Sugestão de cardápio qualitativo de 3 dias elaborado para a paciente _____	30

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Escala de Bristol _____	14
Figura 2: Escala de cor da urina _____	15

RESUMO

Objetivo: Este estudo de caso teve o objetivo de orientar uma paciente diagnosticada com obesidade e diabetes *mellitus* do tipo 2 (DM 2), utilizando abordagem nutricional qualitativa, a partir de recomendações nutricionais pertinentes e sugestão de cardápios. **Métodos:** Paciente C.F.V, 62 anos, sexo feminino, buscou acompanhamento nutricional com o objetivo de perda de peso, pois estava sentindo-se muito cansada e indisposta. Previamente a consulta presencial para avaliação antropométrica, foi aplicado um questionário pré-consulta e em seguida, realizada a consulta *online*. Pela anamnese, relatou ser hipertensa há 10 anos e que recebeu o diagnóstico de DM2 há 6 meses. Utiliza regularmente alguns medicamentos e fórmulas específicas prescritas pelos médicos endocrinologista e cardiologista. Relatou desconforto após alguns episódios de comer exagerado, além de apresentar fezes endurecidas. Pratica caminhada leve dia sim dia não. **Resultados:** Pela avaliação antropométrica, foi diagnosticada com obesidade grau I (IMC = 31,25 kg/m²) e risco aumentado para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares pela avaliação da circunferência abdominal (99 cm) e do quadril (109 cm). Para avaliação do consumo alimentar, foi solicitado o preenchimento de um recordatório alimentar de 24h e aplicado um Questionário de Frequência de Consumo de Alimentos (QFCA). Foi possível observar que a paciente realiza 5 refeições principais ao longo do dia e que já tem implementado algumas modificações positivas na alimentação, como a redução do consumo de açúcares, adaptação do paladar ao sabor natural dos alimentos e inclusão de frutas e hortaliças. Por meio de orientações qualitativas, a paciente recebeu orientações nutricionais para 4 grandes pilares: controle do DM2, saúde cardiovascular, funcionamento intestinal e emagrecimento. **Conclusões:** Após receber as orientações, a paciente relatou que foi esclarecida sobre algumas principais dúvidas e crenças que ainda tinha sobre os cuidados nutricionais voltados para o tratamento e controle do DM2 e que pretende educar melhor o hábito relacionado à mastigação e diminuir a quantidade de líquido durante as refeições. Também disse estar animada para colocar em prática todas as orientações e receitas, além das modificações no cardápio. O acompanhamento nutricional, desde que bem planejado e implementado de forma individualizada, com acompanhamento frequente e boa adesão do paciente, possibilita a melhora do estado nutricional e da qualidade de vida. Além disso, deve promover e apoiar padrões alimentares saudáveis, enfatizando a variedade de alimentos, especificamente para manter o prazer de comer, fornecendo mensagens positivas sobre escolhas alimentares como uma estratégia sustentável a longo prazo.

Palavras chaves: Diabetes *mellitus*, Obesidade, Saúde

ABSTRACT

This case study aimed to guide a patient diagnosed with obesity and type 2 diabetes mellitus (DM 2), using a qualitative nutritional approach, based on relevant nutritional recommendations and menu suggestions. Patient C.F.V, 62 years old, female, sought nutritional counseling with the aim of losing weight, as she was feeling very tired and unwell. Prior to the in-person consultation for anthropometric assessment, a pre-consultation questionnaire was applied and then the online consultation was carried out. Based on anamnesis, she reported being hypertensive for 10 years and having been diagnosed with DM2 6 months ago. She regularly uses some medications and specific drug formulas prescribed by endocrinologists and cardiologists. She reported discomfort after a few episodes of overeating, in addition to having hardened stools. She practices light walking every other day. By the anthropometric evaluation, she was diagnosed with obesity grade I (BMI = 31.25 kg/m²) and increased risk for the development of cardiovascular diseases by the assessment of waist circumference (99 cm) and hip (109 cm). To assess food consumption, they were asked to complete a 24-hour food recall and applied a Food Consumption Frequency Questionnaire (QFCA). It was possible to observe that the patient has 5 main meals throughout the day and that she has already implemented some positive changes in her diet, such as reducing the consumption of sugars, adapting her taste to the natural flavor of the food and including fruits and vegetables. Through qualitative leading, the patient received nutritional guidelines for 4 main pillars: control of DM2, cardiovascular health, intestinal functioning and weight loss. After receiving the orientations, the patient reported that she was clarified about some of the main doubts and beliefs she still had about nutritional care aimed at the treatment and control of DM2 and that she intends to better educate the habit related to chewing and reduce the amount of liquid during the meals. She also said she was excited to put all the orientations and recipes into practice, as well as the changes to the menu. Nutritional monitoring, as long as it is well planned and implemented in an individualized way, with frequent monitoring and good patient compliance, makes it possible to improve nutritional status and quality of life. In addition, it should promote and support healthy eating patterns, emphasizing food variety, specifically to maintain the pleasure of eating, and providing positive messages about food choices as a long-term sustainable strategy.

Keywords: Diabetes *mellitus*, Obesity, Health

SUMÁRIO

1. Introdução	9
2. Objetivo geral	11
3. Métodos	11
3.1 Identificação da paciente	11
3.2 Delineamento do estudo	11
3.3 Dados clínicos	12
4. Resultados e discussão	17
4.1 Diagnóstico nutricional	17
4.2 Avaliação bioquímica	18
4.3 Avaliação do consumo alimentar	19
4.4 Proposta de orientações nutricionais qualitativas	23
4.5 Evolução do caso	29
5. Considerações finais	30
6. Referências	31

1. INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) têm se apresentado como um desafio para a saúde pública, indicando a necessidade de um modelo de atenção à saúde que combine ações de promoção, prevenção e tratamento (IBGE, 2005).

Neste cenário é importante destacar a obesidade, caracterizada como uma DCNT bastante complexa, englobando fatores genéticos, ambientais, emocionais e estilos de vida (ABESO, 2016), além de ser fator de risco para outras condições, como hipertensão e diabetes *mellitus* (DM) (Ministério da Saúde - MS, 2014) e uma das principais causas de óbitos em adultos. Pela definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), a obesidade é o excesso de gordura corporal, em quantidade que determine prejuízos à saúde e uma pessoa é considerada obesa quando seu Índice de Massa Corporal (IMC) é maior ou igual a 30 kg/m². De acordo com dados da pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), 18,9% dos brasileiros são diagnosticados obesos e 53,9% da população está acima do peso e com comorbidades associados ao sobrepeso e obesidade, tais como hipertensão, doenças cardiovasculares (DCV) e DM do tipo 2 (DM 2) (MS, 2018).

O DM consiste em um distúrbio metabólico caracterizado por hiperglicemia persistente, decorrente de deficiência na produção de insulina ou na sua ação, ou em ambos os mecanismos, atingindo proporções epidêmicas, com estimativa de 425 milhões de pessoas diagnosticadas no mundo. A hiperglicemia persistente está associada a complicações crônicas micro e macrovasculares, aumento de morbidade, redução da qualidade de vida e elevação da taxa de mortalidade (Sociedade Brasileira de Diabetes - SBD, 2019).

A classificação do DM baseia-se em sua etiologia sendo o DM2 caracterizado pela perda progressiva da secreção insulínica combinada com resistência à insulina, correspondendo a 90 a 95% de todos os casos de DM. Geralmente, o DM2 acomete indivíduos a partir da quarta década de vida, embora se descreva, em alguns países, aumento na sua incidência em crianças e jovens. Possui etiologia complexa e multifatorial, envolvendo componentes genético e ambiental, com forte herança familiar, ainda não completamente esclarecida, cuja ocorrência tem contribuição significativa de fatores ambientais. Dentre eles, hábitos dietéticos e inatividade física, que contribuem para a obesidade, e destacam-se como os principais fatores de risco (SBD, 2019; *American Diabetes Association - ADA*, 2019).

Em pelo menos 80 a 90% dos casos, associa-se ao excesso de peso e a outros componentes da síndrome metabólica, como a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e dislipidemia. Na maioria das vezes, a doença é assintomática ou oligossintomática por longo período, sendo o diagnóstico realizado por dosagens laboratoriais de rotina ou manifestações das complicações crônicas. Com menor frequência, indivíduos diagnosticados com DM2 apresentam sintomas clássicos de hiperglicemia (poliúria, polidipsia, polifagia ou emagrecimento inexplicado) (SBD, 2019; ADA, 2019).

Considerando a complexidade, o tratamento do paciente diagnosticado com obesidade e DM2 deve ser multidisciplinar (ABESO, 2016). A modificação dos hábitos alimentares associada à atividade física é uma das formas mais efetivas, pois pode promover a redução e manutenção do peso (MS, 2006). O estilo de vida modificado por meio da prática de atividade física é uma importante ferramenta tanto na prevenção como no tratamento de pacientes diagnosticados com DM2, pois está relacionado à melhora do metabolismo da glicose no músculo esquelético bem como a redução dos fatores de risco, como a obesidade e o sedentarismo.

O acompanhamento do paciente, o controle da glicemia, a promoção de ações que estimulem a atividade física regular, a oferta de acompanhamento nutricional para promover a reeducação alimentar permanente e, principalmente o desenvolvimento no autocuidado, irão contribuir para melhoria da qualidade de vida e da diminuição da morbimortalidade (SBD, 2019; ADA, 2019).

O cuidado com a conduta nutricional é aspecto fundamental para a adesão ao tratamento (Gusmão e Mion, 2006). Na visão da pessoa diagnosticada com obesidade e diabetes, o tratamento nutricional é um sacrifício (Catane, Carvalho e Galindo, 2008). Condutas que interferem em outros aspectos da vida da pessoa, assim com as práticas profissionais prescritivas que desconsideram singularidades, gostos e aversões alimentares possuem baixa adesão (Oliveira e colaboradores, 2008). Outro fator implicado com a baixa adesão ao tratamento nutricional é o desconforto do paciente durante a consulta frente a posturas profissionais autoritárias e distantes, que ignoram o paciente, e sua história, crenças e limitações financeiras (Freitas, Minavo e Fontes, 2015).

Nesse cenário, o profissional nutricionista deve conhecer o contexto sociocultural, a história de vida do paciente e associá-los ao saber científico, para que possa de fato contribuir na condução do processo terapêutico (Vieira e Turato, 2010). A prescrição nutricional deve olhar para além da quantidade de calorias, e sim, priorizar a qualidade da

alimentação prescrita, ou seja, precisa considerar as preferências alimentares, aspectos financeiros e estilo de vida (ABESO, 2016).

2. OBJETIVO GERAL

Orientar paciente diagnosticada com obesidade e diabetes *mellitus* do tipo 2, utilizando abordagem nutricional qualitativa, a partir de recomendações nutricionais pertinentes e sugestão de cardápios.

3. MÉTODOS

3.1 Identificação da paciente

C.F.V., sexo feminino, 62 anos, carioca, moradora da cidade do Rio de Janeiro no município de Mesquita, casada, 2º grau completo, aposentada, renda familiar de 2 salários-mínimos, dois filhos (31 e 29 anos). Buscou acompanhamento nutricional, com queixas e incômodos relacionados ao ganho de peso considerável de aproximadamente 20 kg ao longo dos últimos 6 anos, além de cansaço e indisposição. Embora tenha diagnosticado o DM 2 há aproximadamente 6 meses, esse não foi o motivo da busca pelo acompanhamento nutricional.

3.2 Delineamento do estudo

Os dados clínicos apresentados abaixo foram obtidos em de março de 2022 por meio da aplicação de um questionário pré-consulta elaborado no *Google forms* e também coletadas em consulta *online* (primeira consulta) por chamada de vídeo pelo aplicativo *WhatsApp*. Importante destacar que a consulta *online* (teleconsulta), foi permitida pelo Conselho Federal de Nutricionistas por meio da Resolução 666, de 30 de setembro de 2020, que disciplinou a teleconsulta como forma de realização da consulta de nutrição durante a pandemia do novo coronavírus. Complementando a primeira consulta, foi realizado um encontro presencial para obtenção dos dados antropométricos e exame físico e uma segunda consulta (retorno), para avaliação da adesão às orientações iniciais.

3.3 Dados clínicos

Histórico de doenças na família

Quanto aos antecedentes familiares, relatou que o pai faleceu por infarto agudo do miocárdio; mãe também já falecida, hipertensa, diabética, dislipidêmica. Nega história de obesidade na família.

Acompanhamento nutricional prévio

Relatou ter feito acompanhamento nutricional há alguns anos. Na época, o objetivo era emagrecer e melhorar a qualidade de vida; relatou que a experiência foi positiva, porém não deu continuidade pois as orientações passadas, além de muito restritivas, não foram compatíveis com as suas condições financeiras.

História da doença atual

Paciente relatou ter recebido o diagnóstico de DM2 em setembro de 2021, quando deu entrada na emergência de um hospital sentindo intenso mal-estar. Além disso, há 10 anos foi diagnosticada com hipertensão arterial sistêmica (HAS). Até o momento da consulta, a paciente relatou que não realiza nenhum tipo de controle glicêmico, mesmo sendo orientada pelo médico endocrinologista.

Uso de medicamentos e suplementos

Após prescrição dos médicos endocrinologista e cardiologista, a paciente começou a utilizar os seguintes medicamentos e fórmulas/suplementos:

Quadro 1: Lista de medicamentos utilizados pela paciente.

Medicamento	Efeito/indicações	Dosagem e posologia
Enalapril (10mg)	Indicado para o desempenho do coração do paciente e controlar a pressão arterial	1 vez ao dia após o almoço (uso diário)
Furosemida (40mg)	Diurético, utilizado no tratamento ou alívio da pressão alta ou inchaços (edema) associados a doenças específicas	1 vez ao dia após o almoço (uso diário)
Daonil (5mg)	Hipoglicemiante com princípio ativo glibencamida, antidiabético oral do grupo das sulfoniluréias.	1 vez ao dia após o almoço (uso diário)
Metformina (500 mg)	Antidiabético oral da classe das biguanidas, medicamento de escolha no tratamento de diabetes <i>mellitus</i> tipo 2	1 vez ao dia após o almoço (uso diário)
AAS (500 mg)	Ácido acetilsalicílico, conhecido como aspirina, utilizado como medicamento para tratar dor, febre, inflamação.	1 vez ao dia após o almoço (uso diário)
Fórmula contendo: Lisinopril (15mg) Clortalidona (12,5mg) Rosuvastatina (20mg) Anlodipino (2mg) Ezetimiba (10mg) Atenolol (50mg)	Fórmula prescrita pelo médico endocrinologista da paciente.	1 comprimido, 1 vez/dia após o café da manhã (uso diário)

Quadro 2: Lista de fórmulas/suplementos utilizados pela paciente.

Fórmula/suplemento	Efeito/indicações	Dosagem e posologia
Fórmula contendo: Picolinato de cromo (200mg) Niacina flus free (50 mg) P5F (40 mg) Ácido pantotênico (1mg) Etiamina (100mg) Cianocobalamina (100mg) Ácido fólico (400mg) Aspartato magnésio (300mg) Zinco quelado (15 mg) Cobre quelado (1mg)	Fórmula prescrita pelo médico endocrinologista e elaborada em farmácia de manipulação no Rio de Janeiro	Utiliza 1 comprimido, 1 vez/dia, após a refeição (uso diário)
Omegafor® Ultra concentração 990mg de EPA e 660mg de DHA	Prescrito pelo médico endocrinologista.	Utiliza 1 vez/dia, após as refeições (uso diário)

Sinais e sintomas

Durante a anamnese, a paciente relatou os seguintes sintomas:

Ansiedade: episódios frequentes no dia a dia.

Cansaço: ao subir escada, andar e falar.

Esquecimento: episódios frequentes ao longo do dia.

Queda de cabelo

Tontura: episódios repentinos.

Funcionamento gastrointestinal

Relatou que se sente mal após alguns episódios de comer exagerado, tendo episódios de ânsia de vômitos, inclusive. Quando isso acontece, relatou fazer uso de fitoterápicos e plantas medicinais (por conta própria), como *Centella asiática*, espinheira santa, chá de sene, dente de leão, melissa e chá de boldo. Ao consumir comidas muito gordurosas, relatou apresentar episódios de diarreia, além de dores abdominais. Também comentou sobre flatulência significativa quando está com dificuldades para evacuar ou quando se sente com plenitude gástrica.

Relatou evacuar 2 vezes ao dia (sempre que tem vontade e sem dores ou dificuldade). De acordo com a Escala de Bristol, que é um instrumento utilizado para ajudar na classificação e no tratamento por meio da avaliação da Consistência de Fezes - EBCF (*Bristol Stool Form Scale*) (Elsevier, 2010.). A escala apresenta imagens que ilustram as fezes, juntamente com descrições precisas quanto à forma e à consistência, com exemplos facilmente reconhecíveis:

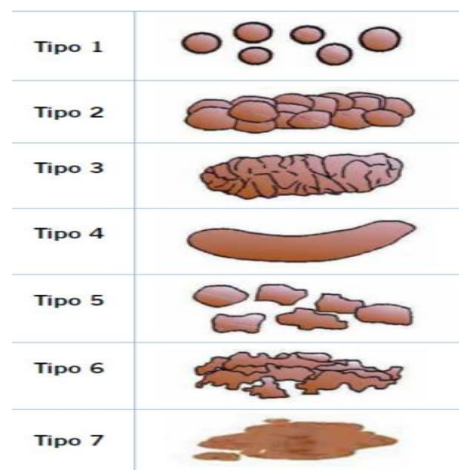


Figura 1: Escala de Bristol.

Após avaliação pela escala de Bristol, a paciente relatou apresentar fezes do tipo 2, indicativa de alimentação pobre em fibras.

Nega intolerâncias ou alergias alimentares.

Consumo hídrico

Relatou consumir pelo menos 2 litros de água/dia, mesmo sem sentir sede.

Após avaliação pela escala de cor da urina, a paciente relatou apresentar cor da urina do tipo 3.

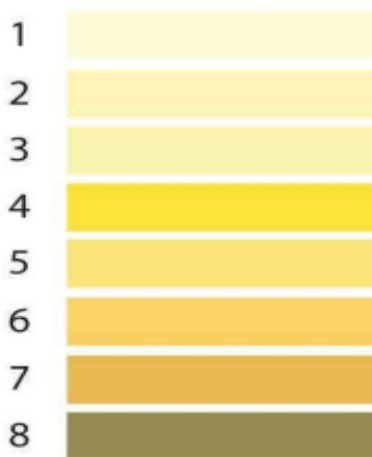


Figura 2: Escala de cor da urina.

Estilo de vida

Tabagismo e etilismo

Não relatou tabagismo e etilismo (prévios ou atuais).

Sono

Paciente relatou dormir pouco, aproximadamente 5 horas por noite, pois tem muita dificuldade para adormecer. Relatou sentir sono ao longo do dia, mas procura não dormir para tentar dormir melhor a noite. Não consome alimentos e bebidas cafeinadas no período da tarde e da noite. Na ceia, costuma utilizar chás calmantes naturais, como camomila, por exemplo. Quando está com insônia, relatou que para não consumir alimentos fora de hora ou beliscar, costuma se distrair com o celular.

Atividade física

Relatou gostar de praticar caminhadas, porém não está realizando no momento, pois está com esporão incomodando no pé há alguns meses (mesmo com tratamento). Recebeu orientações médicas e caminha dia sim e dia não, para passear com o cachorro, com duração média de 1 hora.

Avaliação antropométrica e exame físico

Os dados antropométricos e exame físico foram obtidos durante a consulta presencial. Para aferição do peso corporal, foi utilizada balança digital da marca Redstone® (peso máximo de 180Kg). Para aferição da altura, foi utilizado o estadiômetro Slim Fit equipamentos antropométricos®, com precisão de 0,5cm e altura máxima de 2,10m. A fita para aferição de circunferências foi da marca Cescorf®, com aferição máxima de 2m.

A massa corporal total foi medida com a paciente em jejum de 4 horas, posicionado sobre a balança. A técnica para aferição do peso e estatura foram feitas com a paciente em pé, sem sapatos, de forma relaxada, ereta e vestindo roupas leves. A medida da estatura realizada com a cabeça no plano de Frankfurt (linha perpendicular imaginária entre a orelha e a haste do estadiômetro), braços estendidos ao longo do corpo, pernas paralelas, pés juntos, joelhos não fletidos, calcanhares, panturrilhas, glúteos e escápulas em contato com o estadiômetro (BRASIL, 2011).

O Índice de Massa Corporal (IMC) foi calculado utilizando o peso e a estatura ao quadrado e o diagnóstico nutricional de acordo com a recomendação da OMS (1998). Obteve-se a circunferência da cintura com a paciente em pé, ereta, com abdômen relaxado, braços estendidos ao longo do corpo, pernas paralelas e ligeiramente separadas, avaliada ao redor do ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca (BRASIL, 2011).

Avaliação bioquímica

Em outubro de 2021, a paciente realizou exames laboratoriais solicitados pelo médico endocrinologista, em laboratório particular. 5 meses depois, em março de 2022, realizou novos exames para análise e acompanhamento.

Avaliação dietética

Para melhor entender os hábitos alimentares da paciente, foi solicitado o preenchimento de um recordatório alimentar de 24 horas. Neste registro, foram quantificados todos os alimentos e bebidas consumidas nas últimas 24 horas antes da consulta, descrevendo também os horários, local e os tipos de preparações, com as quantidades especificadas em medidas caseiras. Além disso, com o objetivo de avaliar a intensidade da exposição a determinados alimentos, aplicou-se o Questionário de Frequência de Consumo Alimentar (QFCA).

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Diagnóstico nutricional

Conforme a avaliação antropométrica, a paciente apresenta obesidade ($31,25 \text{ kg/m}^2$), definida pelo acúmulo de tecido adiposo visceral. Sobre a circunferência abdominal (99 cm) e circunferência do quadril (109 cm) apresenta risco aumentado para desenvolvimento de DCV (OMS, 1998).

Quadro 3: Dados da avaliação antropométrica.

Altura	1,59 m
Peso	81kg
Índice de Massa Corporal (IMC)	$31,25 \text{ kg/m}^2$
Circunferência abdominal	99 cm
Circunferência do quadril	109 cm
Razão circunferência abdominal/quadril: (RCQ)	0,90

Ao exame físico:

Paciente consciente, orientada e comunicativa, bom estado geral, corada, acianótica, anictérica, afebril ao toque, tireoide não palpável.

Exame abdominal: abdome globoso e flácido, presença de ruídos hidroaéreos em todos os quadrantes abdominais, sem alterações à palpação e percussão.

Pressão arterial = 120 por 80 mmHg (controlada)

Frequência cardíaca = 71 batimentos por minuto

4.2 Avaliação bioquímica

De acordo com a avaliação do exame laboratorial mais recente (março de 2022), a paciente apresenta glicemia em jejum no valor de 102mg/dL. Importante considerar que valores de glicemia pré-prandial < 100mg/dL e pós-prandial < 160 mg/dL, são consideradas como metas terapêuticas para paciente diagnosticados com DM2 (SBD, 2019). Já valores de hemoglobina glicada entre 6,5 e 7% podem ser recomendados (dessa forma, a avaliação bioquímica permite observar que a paciente encontra-se com bom controle glicêmico (6,7%). Além disso, a avaliação bioquímica demonstra alterações no perfil lipídico (triglicerídeos e colesterol total elevados), que em conjunto com o diagnóstico de hipertensão e DM2 e a avaliação da circunferência abdominal, confirmam a síndrome metabólica.

Quadro 4: Dados bioquímicos da paciente.

Dados bioquímicos	Valores de referência	Data (19/10/21)	Data (26/03/22)	Classificação
Hemácias (milhões/mm ³)	3,8-5,8 milhões /mm	3,91milhões	3,88 milhões	Normal
Hemoglobina (g/dl)	11,5-16,5g/dL	11,9g/dL	12,2g/dL	Normal
Hematócrito (%)	37-47%	34,8%	35,0%	Normal
Dosagem de glicose em jejum (mg/dL)	< 100mg/dL	106mg/dL	102mg/dL	Alterado
Hemoglobina glicada	Até 5,7%	6,7%	6,7%	Alterado
Triglicerídeos (mg/dL)	< 150 mg/dL	255 mg/dL	207mg/dL	Alterado
Colesterol total (mg/dL)	< 170 mg/dL	283 mg/dL	173mg/dL	Alterado
Colesterol HDL (mg/dL)	> 40 mg/dL	48 mg/dL	47 mg/dL	Normal

Colesterol LDL (mg/dL)	< que 120 mg/dL	114 mg/dL	85 mg/dL	Normal
------------------------	-----------------	-----------	----------	--------

4.3 Avaliação do consumo alimentar

Pela avaliação do R24h, pôde-se observar que a paciente realiza 6 refeições (café da manhã, colação, almoço, lanche da tarde, jantar e ceia) ao longo do dia e já tem implementado algumas modificações positivas ao longo do tempo, como por exemplo, redução do consumo de açúcares (e bebidas açucaradas), inclusão de frutas e hortaliças nas refeições e também de pão integral. Sobre o consumo de açúcares, também relatou que tem tentado adaptar o paladar e se acostumar ao sabor natural dos alimentos e que quando utiliza adoçantes, utiliza em pouca quantidade (até 5 gotas de adoçante a base de sucralose).

Quadro 5: Recordatório alimentar de 24h.

Refeição	Horário e Local	Alimentos consumidos	Quantidade (medidas caseiras)
Café da manhã	08:30h, em casa	Café com leite desnatado Pão integral com manteiga	1 copo de requeijão (½ a ½) 2 fatias 1 colher de sopa
Colação	10:30h, em casa	Banana	1 unidade média
Almoço	12h, em casa	Berinjela refogada Beterraba refogada Frango ensopado Arroz parboilizado Feijão preto	3 colheres de sopa 3 colheres de sopa 2 colheres de sopa 3 colheres de sopa 1 concha
Lanche da tarde	17h, em casa	Suco natural da fruta s/ açúcar Pão integral com Manteiga	1 copo de requeijão 2 fatias 1 colher de sopa
Jantar	19:30h, em casa	Arroz parboilizado Picadinho de carne Abobrinha cozida Repolho refogado Feijão preto	3 colheres de sopa 3 colheres de sopa 3 colheres de sopa 3 colheres de sopa 1 concha
Ceia	22h, em casa	Chá de camomila	1 xícara

Pela avaliação do QFCA, observou-se que a paciente apresenta bons hábitos alimentares como o consumo frequente de alimentos *in natura* e minimamente processados. Além disso, tem limitado o consumo de alimentos ultra processados, como embutidos e biscoitos industrializados. Quando questionada sobre o tipo de óleo e gordura que utiliza para preparar as refeições, relatou que tem substituído o óleo de soja pela banha de porco em pequena quantidade. Durante a anamnese, relatou que aos finais de semana costuma substituir o jantar por lanches do tipo *fastfoods* (pizzas, hamburger), além de consumir churrasco aos domingos.

Quadro 6: Questionário de Frequência de Consumo Alimentar (QFCA).

Produtos	Quantidade	Frequência							Nunca Quase Nunca
		Mais de 3 vezes por dia	De 2 a 3 vezes por dia	1 vez por dia	De 5 a 6 vezes por semana	De 2 a 4 vezes por semana	1 vez por semana	1 a 3 vezes por mês	
Arroz	Colheres de sopa cheia (4)		X						
Feijão	Concha média (1)		X						
Macarrão	Escumadeira cheia ou pequena (3)						X		
Farinha de mandioca	Colher sopa (1/2)						X		
Pão	Francês (1)			X					
Pão doce	Unidades (1)								X
Biscoito doce	Unidades (-)								X
Bolos	Fatias ()						X		
Biscoito salgado	Pacote (1)						X		
Polenta ou angu	Colher sopa (4)						X		
Batata frita ou chips	Porção peq. (1)						X		
Batata	Unidades (1)						X		
Mandioca, aipim	Pedaço (2)						X		
Milho verde	1 espiga = 4								X
Pipoca	Sacos (1)						X		
Inhame/cará	Pedaço (2)				X				
Lentilha/ervilha/grão-de-bico	Colher sopa (4)								X
Alface	Folhas (1)				X				
Couve	Colher sopa cheia (1)				X				
Repolho	Colher sopa cheia				X				

	(1)								
Laranja, tangerina	Unidades (1)			X					
Banana	Unidades (1)			X					
Mamão ou Papaia	Fatia/ (1)			X					
Maçã	Unidade (1)			X					
Melancia/melão	Fatia (1)			X					
Abacaxi	Fatia (1)								X
Abacate	½ unidade (2)								X
Manga	Unidade (1/2)								X
Limão	(só a frequência)								
Maracujá	(só a frequência)			X					X
Uva	Cacho médio (1)								X
Goiaba	Unidade (1)								
Pêra	Unidade (1)								
Chicória	Colher sopa cheia (2)			X					
Tomate	Unidade (1/2)								
Chuchu	Colher sopa cheia (2)			X					
Abóbora	Colher sopa cheia (4)			X					
Abobrinha	Colher sopa cheia (2)			X					
Pepino	Fatias (-)								
Vagem	Colher sopa cheia (4)								
Quiabo	Colher sopa cheia (4)								
Cebola			X						
Alho	(só a frequência)		X						
Pimentão									
Cenoura	Colher sopa cheia (1)			X					
Beterraba	Fatias (4)			X					
Couve-flor	Ramo ou flor (3)								
Ovos	Unidades (1)								
Leite integral	Copo (-)								
Leite desnatado	Copo (1)		X						
Iogurte/coalhada	Unidades (1)		X						
Queijo	Fatia (1)								X
Requeijão	só a frequência		X						
Manteiga ou margarina	Só a frequência								
Vísceras: fígado, coração, bucho, etc.	Pedaços (1)			X					
Carne de boi com osso/mocotó/rabo, etc.	Pedaços (2)								
Carne de boi sem osso	1 bife médio ou 4 colheres de sopa moída ou 2 pedaços assados.					X			
Carne porco	Pedaços (-)								X
Frango	Pedaços (1)					X			
Salsicha, linguiça	Rodelas (4)					X			

Peixe fresco	Filé ou posta (1)							X	
Peixe enlatado (sardinha, atum)	Latas (-)								
Hamburger	Unidade (1)								X
Pizza	Pedaço (2)						X		
Camarão	Unidades (4)						X		
Bacon e toucinho	Fatias (-)								X
Maionese	Colher de chá (-)					X			
Salgados: kibe, pastel, etc.	Unidades (-)								X
Sorvete	Unidade (-)								X
Açúcar	Colher sobremesa (-)								X
Caramelos, balas	Somente a frequência								X
Chocolate pó/Nescau	Colher sobremesa (-)								X
Chocolate barra ou bombom	1 pequeno de 30g ou 2 bombons							X	
Pudim/doce de leite	Pedaço (1)							X	
Refrigerantes	Copos ()								X
Café	Xícara (1)	X							
Sucos	Copo (1)	X							
Mate	Copo (1)								
Vinho	Copo (1)								X
Cerveja	Copo (-)								
Outras bebidas alcoólicas	Dose (-)								

Informações complementares

Paciente relatou não ter aversão a nenhum tipo de alimento; sua comida predileta é bife, batata frita, arroz e feijão. Relatou nunca ter experimentado nabo. Ela e o esposo fazem as compras de supermercado e não utilizam lista de compras. Não costuma observar os rótulos dos alimentos. Sabe cozinhar e relata gostar – ela e o esposo cozinham. Não existe um dia fixo para o preparo dos alimentos e não costumam congelar refeições. Nega utilizar temperos industrializados. Costuma consumir líquidos como sucos, água durante as refeições. Classifica a mastigação como rápida e nega belisco entre as refeições. Não costuma substituir o almoço ou o jantar por lanches e relata sentir mais fome no horário entre 12h e 13h.

Paciente comentou que o principal objetivo com o acompanhamento nutricional é aprender a se alimentar corretamente e se tornar uma pessoa saudável, pois acredita que precisa mudar seus hábitos alimentares. Relata já ter reduzido o consumo de açúcar das preparações aderindo o sabor doce natural dos alimentos, está consumindo pão integral, leite desnatado e há 1 ano

não consome refrigerantes, reduziu o consumo de arroz e que estes são os principais pontos positivos da alimentação atual. Por outro lado, acredita que não conseguir rejeitar pizza, salgadinhos fritos e churrasco, são os principais pontos negativos da alimentação atual. Sobre mudar os hábitos alimentares, acredita que diminuir a quantidade de comida, seria o mais difícil.

Quando questionada sobre estar disposta a melhorar a sua alimentação, paciente relatou que em uma escala de 0 a 10, a nota é 10. Espera que com o acompanhamento nutricional, ela aprenda a comer o que é realmente saudável, que prefere comer pouco, porém da maneira correta, fazendo as refeições nos horários adequados. Paciente relata estar disposta a perder peso e alcançar 60kg.

4.4 Proposta de orientações nutricionais qualitativas

Por meio de orientações qualitativas, C.F.V. recebeu orientações nutricionais para 4 grandes pilares: controle do diabetes *mellitus*, saúde cardiovascular, funcionamento intestinal e emagrecimento, além de outras orientações complementares. Durante a consulta, também foi orientada de que algumas dessas orientações serão trabalhadas como metas a curto e médio prazo e outras, a longo prazo.

Essa conduta e abordagem de acompanhamento foram as escolhidas considerando o diagnóstico relativamente precoce de DM2, além das outras comorbidades associadas e também pelo fato de a paciente apresentar poucas e limitadas informações sobre a importância do cuidado nutricional para o controle adequado do DM2, além da redução do peso corporal.

Segundo as diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes, é importante esclarecer para o paciente que o autocuidado deve ser implementado antes de surgirem possíveis complicações clínicas, reforçando a responsabilidade dela no processo de mudança. Além disso, desconstruir mitos e crenças sobre a alimentação, pode auxiliar na flexibilização da alimentação e favorece a adesão ao tratamento nutricional. Portanto, o planejamento alimentar deve considerar não apenas as necessidades nutricionais, mas também preferências alimentares, cultura, acesso aos alimentos, motivação e habilidades da paciente para a mudança de comportamento alimentar (SBD, 2019).

O cuidado nutricional é uma das partes mais desafiadoras do tratamento e do gerenciamento do DM e embora o seu controle não tenha sido o foco da busca pelo acompanhamento nutricional (e sim, o emagrecimento), a paciente recebeu orientações nutricionais (ou não) com o objetivo de esclarecer alguns mitos e crenças relacionados à doença, bem como a importância do seu controle.

- A paciente foi orientada e esclarecida sobre:
 - A importância da utilização adequada dos medicamentos e do registro das glicemias ao longo do dia, como forma de incentivar o bom controle glicêmico, conforme recomendação do médico endocrinologista;
 - A definição de carboidratos e em quais alimentos ele está presente, assim como a sua importância para o organismo, com atenção especial ao consumo de açúcares ocultos em alimentos industrializados, especialmente em bebidas açucaradas e alimentos ultraprocessados (SBD, 2019);
 - Alguns mitos que permeiam o cuidado nutricional para pacientes diabéticos, como por exemplo: açúcar presente nas frutas, consumo de suco de frutas *versus* consumo de frutas *in natura*;
 - Diferentes opções de adoçantes disponíveis no mercado. Foi orientada sobre as vantagens e desvantagens no uso e possíveis combinações, além da recomendação de alternar os tipos disponíveis. Importante ressaltar, que nesse caso, a paciente relatou que não consome adoçantes em excesso e tem se adaptado aos sabores e gostos naturais dos alimentos;
 - Leitura de rótulos de alimentos com foco nos teores de açúcares e presença de adoçantes (alimentos dietéticos), além da leitura da lista de ingredientes. Nesse caso, também foi colocado sobre a importância de consumir alimentos dietéticos (e *light*) com moderação;

- A importância de controlar o consumo excessivo de alimentos ricos em carboidratos. Para isso, a paciente foi orientada sobre controle do tamanho das porções e a importância de incluir alimentos de diferentes grupos (leguminosas, frutas, hortaliças, carnes, queijos e ovos, sementes) nas refeições ao longo do dia. Nesse sentido, a paciente foi incentivada quanto ao consumo de carboidratos a partir de vegetais, frutas, grãos integrais, legumes e produtos lácteos, evitando-se fontes de carboidratos que contenham altas concentrações de gorduras, açúcares e sódio (SBD, 2019);

- A importância do consumo das fibras alimentares para o bom controle glicêmico (SBD, 2019). Para isso, foi orientada a aumentar e incluir o consumo de alguns alimentos integrais, como cereais (pães, arroz, macarrão), que possam ser adquiridos pela paciente. Nesse aspecto, também foi orientada sobre como saber se um pão é realmente 100% integral por meio da leitura da lista de ingredientes, por exemplo. Também foi estimulada a manter o consumo diário de diferentes tipos de verduras e legumes, especialmente os da safra e que esses alimentos podem ser preparados de diferentes formas (crus, ensopados, grelhados, assados, na forma de purês, sopas etc.). Em relação às frutas, foi orientada a consumi-las preferencialmente *in natura* (com casca e bagaço, devido aos maiores teores de fibras nessas partes das frutas) ou compondo preparações como mingau, leites enriquecidos, por exemplo. No caso de preferir consumir a fruta na forma de suco, foi orientada a evitar excessos e preparar uma bebida tipo refresco.

- Manter refeições frequentes em horários regulares ao longo do dia (cinco a seis refeições, três principais e de duas a três compostas por lanches), recomendação que considera efeitos benéficos com oferta constante de micronutrientes e contribuição para a saciedade (SBD, 2019).

Saúde cardiovascular

Assim como observado em relação ao DM2, a melhora do perfil lipídico também não foi o objetivo principal da busca pelo acompanhamento nutricional. Sobre esse aspecto, a paciente recebeu algumas orientações nutricionais com o objetivo de melhorar o perfil lipídico e

esclarecer a importância do controle das concentrações sanguíneas de colesterol e triglicéridos, especialmente entre pacientes diagnosticados com DM.

- C.F.V. foi orientada e esclarecida sobre:

- Diminuir o consumo de alimentos ricos em gordura saturada, como carne vermelha e embutidos, por exemplo e a moderar na utilização de banha de porco durante o preparo de alimentos. Nesse caso, foi orientada a preparar refeições mais simples (assados, cozidos, grelhados), a utilizar óleos vegetais de forma moderada, além de reduzir o consumo de *fast foods*. Em relação aos laticínios, foi orientada a manter o consumo de leite desnatado e queijos com menores teores de gordura, além de moderar no consumo de manteiga. Ou seja, foi orientada sobre evitar consumir alimentos fonte de ácidos graxos *trans* (alimentos industrializados processados e ultraprocessados) e a incluir alimentos fontes de ácidos graxos monoinsaturados e poli-insaturados, além de controlar o consumo de ácidos graxos saturados, priorizando o consumo de carnes magras, leite desnatado e consumo mínimo de carnes processadas (SBD, 2019);

- Sempre que possível, foi orientada a incluir peixes (assado, cozido e grelhado) no cardápio semanal e a incluir novas fontes de gordura na alimentação, como por exemplo, as sementes oleaginosas. Esses alimentos são fontes de ácidos graxos poli-insaturados do tipo ômega 3, que auxiliam no controle lipídico;

- A possibilidade de incluir alimentos com propriedades funcionais aprovadas para a melhora do perfil lipídico, como aveia (especialmente em farelo e em flocos) e *psyllium*, por exemplo, em diferentes preparações ao longo do dia (como mingaus, bolos, sobre as frutas e até mesmo compondo parte da refeição do almoço e do jantar);

Funcionamento intestinal

A paciente também recebeu algumas orientações nutricionais com a intenção de auxiliá-la melhorar o funcionamento intestinal, além do processo digestivo como um todo.

- Aumentar o consumo de alimentos ricos em fibras (estratégia importante tanto para auxiliar no bom controle do diabetes e do perfil lipídico);
- Manter consumo diário de leguminosas e inclusive variar os tipos ao longo da semana (feijões, soja, lentilhas, ervilha, grão de bico);
- Manter bom consumo hídrico, incluindo também chás de ervas e água saborizada ao longo do dia;
- Algumas estratégias para diminuir o desconforto com a flatulência excessiva, como por exemplo, evitar consumir mais de um tipo de alimento rico em enxofre (alho, cebola, couve-flor, melancia, melão etc.) na mesma refeição (nesse caso, a paciente foi orientada a perceber quais alimentos mais geram desconforto), realizar o remolho adequado das leguminosas;
- Sobre a má digestão, foi orientada, além de incluir chás digestivos, como erva-cidreira e hortelã, a mastigar melhor os alimentos (descansando os talheres entre uma garfada e outra), além de evitar líquidos entre as refeições.

Emagrecimento

Durante a consulta, C.F.V. foi orientada que o processo de emagrecimento é consequência de mudança de hábitos alimentares e estilo de vida como um todo, mas que inicialmente, poderíamos traçar a meta de atingir e manter 7-10% de perda de peso ao longo de 6 meses. (com foco inicial na redução do consumo de gorduras saturadas). Nesse sentido, um aspecto relevante observado é o relato da paciente sobre a dificuldade de controlar o tamanho das porções (principalmente de alimentos consumidos aos finais de semana quando está em eventos, festas etc.) e perceber melhor os sinais de fome e saciedade, especialmente nos momentos de maior ansiedade.

- C.F.V. foi orientada e esclarecida sobre:

- Durante o preparo dos alimentos, dar preferência aos grelhados, assados, cozidos no vapor ou até mesmo crus. Alimentos com designação diet, light ou zero podem ser indicados no contexto do plano alimentar, mas não de maneira exclusiva, mesmo porque é importante que a base da alimentação seja composta de alimentos *in natura* e minimamente processados (SBD, 2019);
- Novamente, a importância de mastigar melhor para estimular a saciedade. Também foi orientada a começar a refeição preferencialmente pelo consumo dos vegetais, especialmente os crus;
- Perceber melhor os sinais de fome e saciedade, por meio de uma escala, ferramenta que tem como objetivo estimular que a paciente reflita e esteja atenta:
 - “Quais são os sinais de fome enviados pelo organismo?”
 - “Está honrando a fome? Ou seja, está comendo até sentir-se plenamente saciada?”
 - “Costuma fazer as refeições apenas quando sente fome excessiva?”
 - “Quando finaliza a refeição, costuma sentir-se confortável ou desconfortável?”
- Ter maior noção sobre a porção dos alimentos utilizando registros alimentares fotográficos. Dessa forma, a paciente poderá ter maior facilidade em estimar o consumo de alimentos, por exemplo: fotografias de alimentos variados retratados em três tamanhos de porções (pequena, média e grande). Além disso, apresentação de modelos e tamanhos distintos de utensílios;
- Outra possibilidade é o treinamento para o preenchimento do diário alimentar, mantido por pelo menos 5 a 7 dias e contendo os horários das refeições, o local em que a refeição foi realizada, o que foi consumido, e o motivo da refeição, ou seja, se comeu porque estava com fome ou apenas como forma de aliviar o estresse ou a ansiedade, por exemplo;
- Além de estratégias sobre como se alimentar em situações especiais, como festas e eventos, por exemplo.

Orientações complementares

Além das orientações voltadas para os 4 pilares principais, a paciente foi orientada sobre:

Controle da pressão arterial

- Evitar consumir alimentos ricos em sódio, tais como embutidos, temperos prontos e outros alimentos industrializados, além de preferir temperos e ervas naturais e utilizar pouco sal para cozinhar os alimentos;
- Não adicionar sal aos alimentos já preparados;
- Reduzir o consumo de salgadinhos fritos e pizzas e no caso de sentir muita vontade, preferir as opções menos elaboradas e com menos ingredientes, como por exemplo, pizza de marguerita;
- Evitar adoçantes que contenham sódio na sua composição.

Atividade física

Paciente foi orientada a praticar exercício físico regularmente, de acordo com orientação do profissional habilitado, pois a mudança do estilo de vida tem boa relação custo-efetividade.

Qualidade do sono e saúde mental

Durante a anamnese, a paciente relatou grande dificuldade para dormir. Durante as orientações, foi explicada a importância de melhorar essa dificuldade e que para isso, alguns hábitos considerados não saudáveis, como mexer no celular ou assistir TV antes de dormir, poderiam estar atrapalhando, além da falta de rotina para estabelecer um horário específico para dormir e acordar todos os dias. De forma geral, foi orientada a dormir, em média, 7 horas de sono/noite. Além disso, recebeu orientações sobre a importância de buscar suporte comportamental e avaliação do bem-estar psicológico (futuro encaminhamento para profissionais que cuidam da saúde mental).

Todas essas orientações nutricionais foram enviadas para a paciente na forma de lâmina educativas, incluindo algumas receitas e também, na forma de cardápio qualitativo para 3 dias.

Avaliando a proposta de cardápio qualitativo, pode-se observar que para o café da manhã e lanche da tarde, foi sugerido o aumento do consumo de alimentos proteicos (como ovo e queijo, por exemplo), além do maior consumo de fibras (frutas e sementes, como gergelim, de abóbora, além de oleaginosas como as amêndoas e nozes), especialmente por auxiliarem no controle glicêmico. Na colação, além da sugestão de inclusão das oleaginosas, foram sugeridas formas diferentes de incluir a aveia (na salada de frutas e mingau) e formas diferentes de consumir frutas e hortaliças (como no suco verde, por exemplo). Para o almoço e jantar, foi sugerido o maior consumo de peixes, variação no consumo das leguminosas (tanto aquecidas - com caldo e na forma de saladas), além de formas diferentes de consumir os vegetais (cozidos, assados, grelhados, purês).

Quadro 7: Sugestão de cardápio qualitativo de 3 dias elaborado para a paciente.

Refeição	Dia 1	Dia 2	Dia 3
Café da manhã	Café filtrado com canela Pão integral Queijo ricota Ovos mexidos c/ semente de gergelim	Leite desnatado batido com mamão Bolacha de arroz c/ queijo meia cura e geleia de morango 100% fruta	Iogurte natural desnatado com manga picada e semente de abóbora Panqueca de banana (com <i>psyllium</i>)
Colação	Salada de frutas com aveia em flocos e castanha do Pará	Mingau de aveia com banana e canela	Suco verde + <i>mix</i> de castanhas
Almoço	Arroz integral com brócolis Salada de feijão fradinho Filé de peixe assado ao forno com ervas finas naturais Salada verde (agrião, alface, rúcula), tomate e chia (com azeite extravirgem)	Arroz parboilizado Feijão carioca Farofa de couve Carne assada Tomate assado	Arroz parboilizado Salada de grão de bico (com azeite extra virgem) Frango desfiado Cenoura cozida
Lanche da tarde	Suco concentrado de uva Crepioça com queijo minas frescal	Café filtrado Bolo integral caseiro com nozes Tangerina	Abacate batido com leite desnatado e amêndoas
Jantar	Arroz integral com lentilha Legumes assados Peito de frango grelhado Pêra com casca	Escondidinho de abóbora com frango desfiado Mix de repolhos Salada de beterraba Maçã com casca	Macarrão integral com molho de tomate caseiro Carne de patinho (moído) Berinjela e abobrinhas refogadas Uva
Ceia	Chá de camomila Biscoito integral	Banana amassada com aveia em flocos	Chá de erva cidreira Bolachinha salgada integral

4.5 Evolução do caso

Após receber as orientações, a paciente relatou – de maneira informal - que foi esclarecida sobre algumas principais dúvidas e crenças que ainda tinha sobre os cuidados nutricionais voltados para o tratamento e controle do DM2, como por exemplo o consumo de

alguns tipos de frutas e o melhor conhecimento sobre os carboidratos. Comentou que pretende educar melhor o hábito relacionado à mastigação e diminuir a quantidade de líquido durante as refeições. Sobre o consumo de alimentos em situações especiais, como festas e outros eventos, relatou que a partir de agora vai tentar observar melhor todos os alimentos disponíveis e escolher com mais atenção. Também disse estar animada para colocar em prática todas as orientações e receitas, além das modificações no cardápio com o acompanhamento do diário alimentar, especialmente na fase inicial de adaptação.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Importante comentar que devido ao tempo curto, a paciente ainda não teve a consulta de retorno formal. Essa é uma limitação do presente trabalho que será sanada até o dia 07.05, data da apresentação na Jornada de Nutrição Clínica do CENC. Além disso, em acompanhamento futuro da paciente, ajustes serão feitos e a medida em que a paciente estiver com boa adesão às orientações, será elaborado um planejamento alimentar voltado para a abordagem quantitativa, especialmente focados para a meta de perda de peso.

Acredito que o acompanhamento nutricional, desde que bem planejado e implementado de forma individualizada, com acompanhamento frequente e boa adesão do paciente, possibilita a melhora do estado nutricional e da qualidade de vida. No entanto, para obter resultados mais promissores, é necessário prolongar o acompanhamento, sendo de extrema importância a reavaliação nutricional periódica. Não obstante, para alcançar o sucesso no plano terapêutico, é imprescindível firmar um total comprometimento por parte da paciente em seguir as orientações e recomendações dietéticas atuais e futuras.

O acompanhamento nutricional deve promover e apoiar padrões alimentares saudáveis, enfatizando a variedade de alimentos, especificamente para manter o prazer de comer, fornecendo mensagens positivas sobre escolhas alimentares como uma estratégia sustentável a longo prazo).

6. REFERÊNCIAS

ABESO. Associação Brasileira para o Estudo da obesidade e de Síndrome Metabólica. Diretrizes Brasileiras de Obesidade 4 edições. São Paulo. 2016. Disponível: <<http://www.abeso.org.br/uploads/download/s/92/57fccc403e5da.pdf>

Bernardes, A.G.; Quinhões, D.G. Práticas de cuidado e produção de saúde: formas de governamentalidade e alteridade. Psico. Vol. 40. Núm. 2. 2009. p. 153-161.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. Brasília, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde – Vigitel, 2018 Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/julho/25/vigitel-brasil-2018.pdf>

BRASIL, Ministério da Saúde – estudo - 2014 Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2013/julho/25/vigitel-brasil-2014.pdf>

BRASIL, Ministério da Saúde – estudo - 2006 Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2013/julho/25/vigitel-brasil-2014.pdf>

Cavalcanti, A.P.R.; e colaboradores. Crenças e influências sobre dietas de emagrecimento entre obesos de baixa renda. Ciência e saúde coletiva. Vol. 12. Núm. 6. 2007. p. 1567-1574.

Crosta JB. et al. Waits-too-hip rateio in a birracial populário: measurement, implications, and. cautions for using guideliness too define high risque for cardiovascular dissesse. Journal of the American Dietetic Associatio, 1995,

FREITAS M.; MINAVO M.; FONTES G. Sobre o campo da Alimentação e Nutrição na perspectiva das teorias compreensivas. Cienc. Saúde Col.2011; 16(1):31-8.

Grejanin, D.K.M.; e colaboradores. As percepções sobre o “ser obeso” sob a ótica do paciente e dos profissionais da saúde. Revista Brasileira de crescimento e Desenvolvimento Humano. Vol. 17. Núm. 3. 2007. p. 37-47.

GUSMÃO; MION, JR D; FUKUSHIMA, J.T; PINTO, M.O perfil de um grupo de pessoas diabéticas e hipertensas de acordo com o conhecimento e gravidade da doença .REV.ESC.ENFERM.USP (2006)

IBGE- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS - censo demográfico: resultados preliminares – São Paulo. Rio De Janeiro,2005

SBD - Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2017-2018. São Paulo: Clannad; 2017. SEABRA, A.L.R.

NIX, S. William, nutrição e dietoterapia básica. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.