

DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Miniguia de Orientações Nutricionais
para População Adulta

NELDIANE MOURA LIMA
LORRANA NASCIMENTO GRIMES

Material de apoio aos
profissionais das equipes
de Saúde da Família.



DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Miniguia de Orientações Nutricionais
para População Adulta

NELDIANE MOURA LIMA
LORRANA NASCIMENTO GRIMES

Orientadora: Caroline Jonas Rezaghi Ricomini Nunes
Coorientadora: Cleide Alves de Andrade Lopes

BRASÍLIA-DF
2022



Elaboração e organização

- Neldiane Moura Lima

Nutricionista Residente no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Escola Superior de Ciências da Saúde.

- Lorrana Nascimento Grimes

Nutricionista Residente no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Escola Superior de Ciências da Saúde e Pós-graduanda (lato sensu) em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo.

Revisão Técnica

- Caroline Jonas Rezaghi Ricomini Nunes

Terapeuta Ocupacional na Secretaria de Saúde do Distrito Federal, Preceptora e Tutora no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Escola Superior de Ciências da Saúde e Mestre em Ciências Médicas pela Universidade de Brasília.

- Cleide Alves de Andrade Lopes

Nutricionista na Secretaria de Saúde do Distrito Federal, Preceptora e Tutora no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Escola Superior de Ciências da Saúde e Mestranda em Políticas Públicas em Saúde pela Fiocruz Brasília.

Apoio

Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade

Escola Superior de Ciências da Saúde

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde

Secretaria de Saúde do Distrito Federal



Atribuição-NãoComercial 4.0 Internacional (CC BY-NC 4.0)

Distribuição gratuita.

É permitida a reprodução parcial ou total, desde que citada a fonte.

Ficha catalográfica elaborada automaticamente
com os dados fornecidos pelas autoras

L732d Lima, Neldiane Moura

Doenças crônicas não transmissíveis : miniguia de orientações nutricionais para população adulta / Neldiane Moura Lima; Lorrana Nascimento Grimes; Orientadora Caroline Jonas Rezaghi Ricomini Nunes; Coorientadora Cleide Alves de Andrade Lopes. – Brasília, 2022.
27 f. : il.

e-Book, produto desenvolvido dentro da Especialização - Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade - Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Escola Superior de Ciências da Saúde, 2022.

Distribuído como material de apoio aos profissionais das equipes de Saúde da Família do Distrito Federal.

1. DCNT. 2. Nutrição. 3. Alimentação. 4. Atenção Básica. I. Grimes, Lorrana Nascimento. II. Nunes, Caroline Jonas Rezaghi Ricomini, orient. III. Lopes, Cleide Alves de Andrade Lopes, coorient. III. Título.

Sumário

Apresentação	05
Introdução	06
Estágios da Mudança	08
Obesidade	09
Diabetes Mellitus Tipo 2	10
Hipertensão	13
Dislipidemia	15
Síndrome Metabólica	17
Quadro Comparativo	19
Considerações Finais	20
Referências	21
Apêndice	24
Folder - Orientações Nutricionais para DCNT	25

Apresentação

O presente material surgiu a partir das vivências de duas nutricionistas residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (SES-DF/FEPECS/ESCS), nas unidades de Atenção Básica de Saúde de Sobradinho II no Distrito Federal (DF), no ano de 2022.

No desenvolvimento do trabalho na assistência, verificou-se uma alta demanda no compartilhamento de casos, pelas Equipes de Saúde da Família, de usuários com diagnóstico de uma ou mais Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Considerando ainda o contexto de pandemia, muitos desses usuários tiveram seu acompanhamento de saúde descontinuado.

Assim, com o objetivo de otimizar o atendimento individual e/ou coletivo e reduzir o tempo de espera por atendimento específico, o presente conteúdo foi desenvolvido a partir das referências científicas mais atualizadas em atenção nutricional de algumas das principais **Doenças Crônicas Não Transmissíveis**, para os profissionais de saúde do território, associado à criação de folder com orientações para comunidade, presente após as referências, de modo a promover a alimentação adequada e saudável, respeitando a identidade dos povos, promovendo a segurança alimentar e nutricional e a garantia do direito humano à alimentação adequada.

Considerando ainda, a integralidade necessária para o cuidado de usuários com diagnóstico de DCNTs, a atenção básica se configura um ponto estratégico de caracterização das necessidades de saúde e mensuração da estratificação de risco para organização do cuidado em rede.

Introdução

Uma alimentação saudável deve ser adequada às necessidades biológicas e sociais dos indivíduos, alinhada às fases do curso da vida. Além disso, deve ser **acessível**, saborosa, diversa, equilibrada, segura quanto aos aspectos sanitários e deve considerar a cultura da população, valorizando o consumo de alimentos regionais saudáveis.

Observa-se, no Brasil, uma crescente **redução** na aquisição de alimentos tradicionais básicos, como **arroz, feijão, frutas e hortaliças***, e aumentos notáveis na aquisição de alimentos **processados e ultraprocessados**, com aumento no consumo de **gorduras saturadas, sódio e açúcares livres**.¹

Esse processo de transição nutricional têm resultado em um aumento importante das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs), que são consideradas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) um dos maiores problemas de saúde pública no mundo, pois têm etiologia complexa, uma vez que compreende fatores de risco **não modificáveis** (genética, sexo e idade) e **modificáveis** (etilismo, tabagismo, alimentação inadequada e sedentarismo).²

São consideradas DCNTs as **doenças cerebrovasculares, cardiovasculares, diabetes, obesidade, dislipidemias, hipertensão, neoplasias e outras**. Estima-se ainda que as DCNTs estão associadas a cerca de 70% das causas de mortes em todo mundo.³

* A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda a ingestão de pelo menos 400 gramas de frutas e hortaliças por dia, ou seja, aproximadamente, um consumo diário de cinco porções desses alimentos.

Dentre as DCNTs atendidas na Atenção Básica e que possuem a alimentação e outras mudanças de hábito como formas de tratamento, destacam-se:

1) Obesidade: definida pelo acúmulo excessivo de gordura corporal em extensão que acarreta prejuízos à saúde dos indivíduos. A etiologia da obesidade é um processo multifatorial que envolve aspectos ambientais e genéticos.⁴

2) Diabetes Mellitus Tipo 2: é um distúrbio metabólico, poligênico, identificado pela hiperglicemia constante, devido a uma falha na síntese, e/ou ação da insulina, relacionada a entrada e captação da glicose no sangue.⁵

3) Hipertensão: popularmente chamada de pressão alta, é uma doença que contrai os vasos sanguíneos e faz com que o coração se esforce mais. Os sintomas aparecem quando a doença já afetou o organismo, tais como: dor de cabeça, tontura e mal-estar.⁶

4) Dislipidemia: é uma das doenças mais conhecidas, justamente pelo seu nível de gravidade e por ser responsável pela maioria das mortes de pessoas que são diagnosticadas.⁷

5) Síndrome metabólica: é o conjunto de condições que aumentam o risco de doença cardíaca, acidente vascular cerebral e diabetes, é diagnosticado quando o usuário possui três ou mais condições de saúde dentre as pré determinadas.⁸

Neste miniguia elencamos atualizações específicas e orientações nutricionais para cada uma das condições acima descritas, porém é importante considerar que a compreensão das orientações pelo usuário é essencial para proporcionar adesão ao tratamento. Uma vez que a educação em saúde precisa partir da individualidade, possibilidade de mudança e adaptação aos processos de cada realidade.

ESTÁGIOS DE MUDANÇA

O modelo de estágios de mudança de comportamento refere-se a cinco estágios: **pré-contemplação, contemplação, decisão, ação e manutenção.**⁹ Cada um representa uma etapa relacionada à motivação do usuário em busca da mudança comportamental, em uma linha cronológica.

É importante observar em qual estágio o usuário está para verificar a melhor abordagem quanto às orientações, visando promoção, tratamento e prevenção de agravos.

Figura 1 - Estágios da Mudança de Comportamento.

PRÉ-CONTEMPLAÇÃO

A mudança ainda não é uma opção e não há intenção de ser feita qualquer alteração dos hábitos, o usuário não considera que exista um problema na sua alimentação, entretanto sabe que há necessidade de fazer algumas mudanças, é o momento em que pode haver maior negação do usuário em mudar e aderir ao tratamento.

CONTEMPLAÇÃO

A mudança ainda não começou a acontecer, entretanto o usuário já está ciente que há um problema e está disposto a mudar, porém não sabe quando irá começar a fazer tais mudanças, sabe que as mudanças irão melhorar sua saúde, mas ainda vê uma série de dificuldades para iniciar.

DECISÃO

Nesse momento o usuário já está decidido a iniciar as mudanças e começa a fazer planos sobre pequenas alterações em sua rotina, e a falar em uma data, como no próximo mês, próxima semana.

AÇÃO

Já foram realizadas algumas mudanças no comportamento e no ambiente em que vive, a fim de ultrapassar as dificuldades que foram observadas anteriormente. Deve-se ter cuidado com relação à recaída, ainda é um momento frágil, no qual as mudanças ocorreram a pouco tempo (até seis meses), uma forma de motivar é mostrar o que já está tendo como resultado positivo.

MANUTENÇÃO

As mudanças realizadas no comportamento e ambiente já duram mais de seis meses e o usuário pretende mantê-las, é importante saber que novas mudanças podem ocorrer neste estágio e que é necessário mostrar os resultados alcançados, com o objetivo de evitar possíveis recaídas.

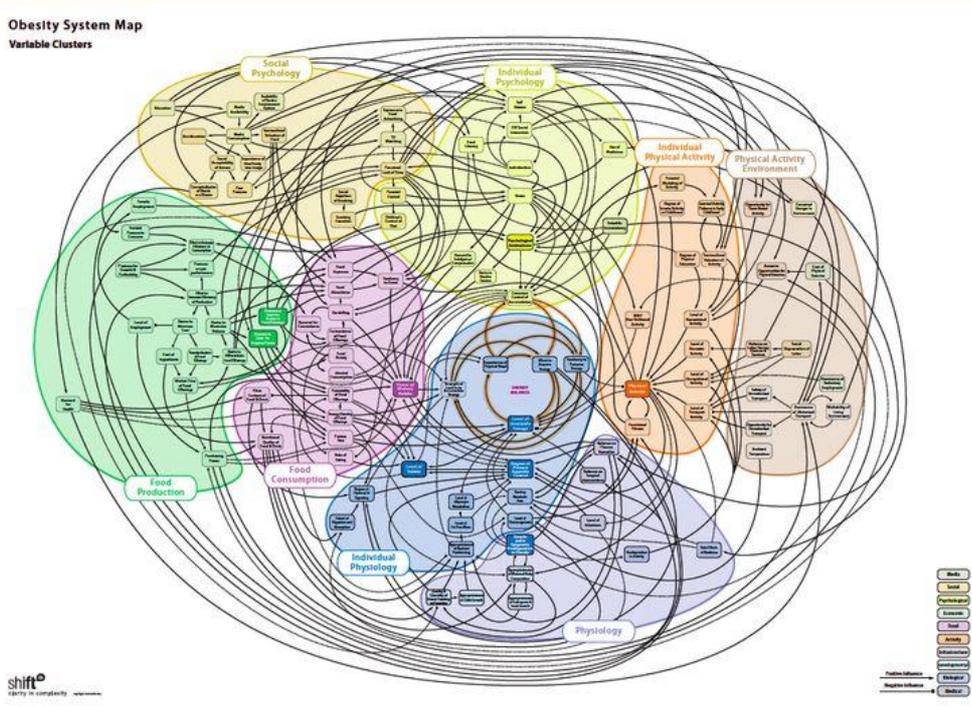
OBESIDADE

Obesidade é considerada uma doença pela OMS, de ação crônica e é determinante no surgimento de outras DCNTs, como diabetes mellitus tipo 2, hipertensão e neoplasias. Dados recentes destacam seu avanço ao longo dos anos, com mais da metade (57,5%) da população acima do peso recomendado e 21,5% dos brasileiros com obesidade.¹

Entretanto, também é estabelecido que a obesidade também é **multifatorial** e compreende: i) Questões individuais: idade, preferência, sexo e genética; ii) Questões sociais: trabalho, moradia, educação, saúde, saneamento básico, cultura, comunidade, globalização, mídia, acesso, políticas e programas públicos; iii) Questões emocionais; e também as, iv) Questões climáticas.⁴

A figura abaixo representa o **Mapa do Sistema de Obesidade**,¹⁰ com inúmeras ramificações que influenciam a obesidade, além da alimentação (em inglês, clique na imagem para ver em tamanho maior).

Figura 2 - Mapa do Sistema da Obesidade.



A diversidade corporal precisa ser compreendida e respeitada, afinal considerar que um indivíduo com eutrofia está saudável, apenas por sua aparência física e que um indivíduo que está acima do peso está doente, também apenas por sua aparência física, pode ser preconceituoso e gerar negligência no atendimento adequado para ambos os casos.

O **estigma da obesidade** vem sendo estudado por diversos pesquisadores, justamente por fazer parte de todas as esferas da vida da pessoa que vive com obesidade, seja na **mídia**, nos meios de **convivência**, no **trabalho** e, inclusive, nos atendimentos de **saúde**.¹¹

Estigma pode ser conceituado como uma forma de intolerância ou **reprovação social** sobre algo, de forma injusta. Associado à obesidade, o estigma tem o potencial do prejulgamento de que pessoas que vivem com obesidade são **preguiçosas e indisciplinadas**.¹²

Albury et al.¹², constata ainda que profissionais de saúde desconhecem a melhor forma de abordar a questão do peso com os pacientes. Portanto, o estigma da obesidade, pode afetar de forma negativa a saúde física e mental do indivíduo que vive com obesidade e como consequência **afastar essa população do sistema de saúde** e baixa adesão aos acompanhamentos médicos.**

Mudanças de estilo de vida, com a prática regular de atividade física e a adesão a hábitos alimentares saudáveis, é a base do tratamento da obesidade.⁴ Porém, o processo de emagrecimento é individual e deve ser abordado com uma ótica multidisciplinar, considerando o contexto de cada usuário, além de uma visão empática e realista do profissional de saúde.

** Inclusive, a Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica (Abeso) e a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM) divulgaram um documento oficial com uma nova proposta para classificação da obesidade, para além do IMC a nova proposta leva em consideração a trajetória do peso individual.¹³

DIABETES MELLITUS TIPO 2

Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2), é uma doença caracterizada pelo excesso de glicose no sangue, que causa hiperglicemia. Isso ocorre quando o organismo não consegue produzir ou utilizar de forma adequada a insulina, que é a substância responsável pelo equilíbrio das quantidades de açúcar no organismo. De acordo com a **Sociedade Brasileira de Diabetes**, no Brasil, mais de 13 milhões de pessoas vivem com a doença, o que representa 6,9% da população nacional.⁵

A Federação Internacional de Diabetes (IDF) constatou que pessoas acima do peso, com uma alimentação inadequada, sedentarismo e/ou com histórico familiar de diabetes possuem forte predisposição em desenvolver DM2.⁸

A mudança comportamental associada a uma alimentação adequada é essencial para prevenção e também para o controle, pois um indivíduo com diagnóstico de DM2, sem tratamento, pode desenvolver complicações agudas (hipoglicemia e hiperglicemia) e condições crônicas renais, circulatórias e/ou nervosas.

O autocuidado de pessoas com DM2 é complexo e necessita de uma abordagem multiprofissional com profissionais de saúde dispostos a estabelecer um diálogo claro, traçando metas e prioridades em conjunto com o usuário em atendimento.¹⁴

A resistência insulínica, também conhecida como pré-diabetes, ocorre quando a concentração de glicose no sangue está acima dos níveis normais, mas ainda abaixo dos limites estabelecidos para o diagnóstico de diabetes.⁵

Para evitar a progressão de pré-diabetes para DM2, a American Diabetes Association (ADA) recomenda mudanças comportamentais e no estilo de vida (alimentação e exercícios físicos), com acompanhamento contínuo por profissionais de saúde.¹⁵

Figura 3 - Critérios laboratoriais para diagnóstico de DM2 e pré-diabetes.¹⁶

Critérios	Normal	Pré-DM	DM2
Glicemia em jejum (mg/dL)	< 100	100 a 125	> 125
Glicemia 2 horas após TOTG (mg/dL)	< 140	140 a 199	> 199
HbA1c (%)	< 5,7	5,7 a 6,4	> 6,4

Fonte: Cobas et al.¹⁶

As metas no tratamento do diabetes devem ser individualizadas conforme cada situação específica, porém para o indivíduo adulto com DM2, preconiza-se: Glicemia em jejum e pré-prandial de 80-130 mg/dL; Glicemia 2 horas pós prandial < 180 mg/dL; Glicemia ao deitar de 90-150 mg/dL; e Hemoglobina Glicada (HbA1c) < 7%.¹⁷

A abordagem nutricional segue parâmetros parecidos aos da população geral e deve ir além da restrição calórica e do controle de porções, é importante priorizar alimentos in natura e minimamente processados, ricos em fibras, proteínas, preferir a versão mais integral dos alimentos e aumentar a ingestão de frutas e vegetais.⁵

Deve-se, ainda, evitar alimentos fritos por imersão e a reutilização de óleos em alta temperatura, pois o aquecimento de óleos aumenta as quantidades gorduras trans prejudiciais, elevando o risco de doenças cardiovasculares em pacientes com DM2, e evitar o consumo de bebidas alcoólicas (no máximo 15/dia) a perda de peso também é recomendado.¹⁸

HIPERTENSÃO

Hipertensão é uma doença multifatorial, relacionada a diversos fatores, tais como ambientais, sociais, genéticos e epigenéticos. Caracterizada pelo aumento da pressão arterial sistêmica, igual ou maior que 140 mmHg (sistólica) e 90 mmHg (diastólica), verificada em no mínimo dois momentos diferentes em que não esteja sendo feito o uso de medicamentos anti-hipertensivos.¹⁹

No Brasil as Doenças Cardiovasculares (DCV) apresentam um total de 22,6% de mortes de indivíduos entre 30 a 69 anos de idade, entre os anos de 2008 e 2017 pesquisas estimam que ocorreram 667.184 óbitos devido a hipertensão arterial. De forma que Hipertensão Arterial traz gastos maiores ao Sistema Único de Saúde (SUS) do que a Obesidade e o Diabetes Mellitus, no ano de 2018 estima-se que foram gastos US\$ 523,7 milhões.⁶

O tratamento pode ser farmacológico, não farmacológico ou uma associação de ambos, sendo que o tratamento não farmacológico inclui o cuidado com atividade física e uma alimentação adequada.

A Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (DBHA), American College of Cardiology (ACC), American Heart Association (AHA), European Society of Cardiology (ESC), European Society of Hypertension (ESH) e a International Society of Hypertension (ISH), possuem orientações semelhantes quanto ao manejo relacionado a alimentação e nutrição do indivíduo diagnosticado com Hipertensão, dentre eles a diminuição da ingestão de sódio, com ingestão menor que 2.000mg/dia (2g), redução da ingestão de bebidas alcoólicas (30g/dia) e uma dieta com base em alimentos in natura e

minimamente processados, com o aumento do consumo de frutas e vegetais (4 a 5 porções por dia), destacando os benefícios de uma dieta DASH.²⁰

Além disso, é ideal a redução do consumo de doces, bebidas adoçadas e gorduras totais, gorduras saturadas, com o objetivo de prevenir agravos à saúde relacionados a doenças que podem estar associadas à hipertensão. A redução de peso também pode auxiliar na diminuição dos níveis pressóricos.⁶

Figura 4 - Metas para os níveis da pressão arterial sistêmica para usuários que fazem tratamento anti hipertensivo.

Metas	Risco Cardiovascular	
	Baixo ou moderado	Alto
PA sistólica (mmHg)	< 140	120 - 129
PA diastólica (mmHg)	< 90	70 - 79

Fonte: Barroso et al.⁶



DISLIPIDEMIA

Dislipidemia é quando ocorre aumento nos níveis de lipídios, ou seja, na quantidade de gordura no sangue. Quando estes níveis ficam elevados, placas de gordura podem se acumular nas artérias, levando a obstrução parcial ou total do fluxo sanguíneo.⁷

As dislipidemias podem ser manifestadas pelo aumento de colesterol LDL (colesterol ruim), redução de colesterol HDL (colesterol bom) e aumento dos triglicérides. As causas das dislipidemias podem ser primárias (origem genética), ou secundárias (estilo de vida inadequado, ou condições mórbidas, ou medicamentos).⁷

Figura 5 - Classificação laboratorial das dislipidemias.

Hipercolesterolemia Isolada	Aumento isolado do LDL-c (LDL-c \geq 160 mg/dL)
Hipertrigliceridemia Isolada	Aumento isolado dos triglicérides (TG \geq 150 mg/dL ou \geq 175 mg/dL, se a amostra for obtida sem jejum)
Hiperlipidemia Mista	Aumento do LDL-c (LDL-c \geq 160 mg/dL) e dos TG (TG \geq 150 mg/dL ou \geq 175 mg/dL, se a amostra for obtida sem jejum). Obs: Se TG \geq 400 mg/dL, o cálculo do LDL-c pela fórmula de Friedewald é inadequado, devendo-se considerar a hiperlipidemia mista quando o não HDL-c \geq 190 mg/dL.
HDL-c Baixo	Redução do HDL-c (homens $<$ 40 mg/dL e mulheres $<$ 50 mg/dL) isolada ou em associação ao aumento de LDL-c ou de TG.

Fonte: Faludi et al.⁷

A recomendação alimentar, inclui a adoção de um *padrão alimentar mediterrânico* (rico em azeite, frutas e vegetais, cereais integrais, leguminosas, produtos lácteos com baixo teor de gordura, e consumo moderado de álcool).²¹

É recomendada a adoção de um *padrão alimentar mediterrânico* (rico em azeite, frutas e vegetais, cereais integrais, leguminosas, produtos lácteos com baixo teor de gordura, e consumo moderado de álcool). É importante retirar da dieta alimentos que possuem gordura trans, devido ao risco aumentado de DCV.²²

Fazer o consumo de carnes magras e laticínios com baixo teor de gordura, outra recomendação é o uso de óleos vegetais para o preparo de alimentos, como o óleo de soja, óleo de canola e óleo de milho, sendo que estes não devem ser trocados por óleo de coco, óleo de palma, banha de porco e/ou manteiga, uma vez que estes possuem grande quantidade de gordura saturada.^{21, 22}

O consumo de bebidas alcoólicas, independente do tipo deve ser evitado (no máximo 30g/dia), pois este causa o aumento nos níveis de triglicerídeos.⁷



SÍNDROME METABÓLICA

Síndrome Metabólica (SM) que é o conjunto de condições que aumentam o risco de diabetes, doenças cardiovasculares, acidente vascular cerebral e mortalidade. Os critérios para diagnóstico clínico em adultos compreende a presença de obesidade e **pelo menos dois dos critérios** elencados no quadro abaixo.⁸

Figura 6 - Critérios para diagnóstico de Síndrome Metabólica

Obesidade	Circunferência da Cintura (CC) > 80 cm em mulheres > 94 cm em homens europeu* (*>90 cm em homens asiáticos)
Triglicerídeos	> 150 mg/dL ou tratamento de dislipidemia
HDL-c	< 50 mg/dL em mulheres ou tratamento de dislipidemia < 40 mg/dL em homens ou tratamento de dislipidemia
Pressão arterial	PS ≥ 130 mmHg e/ou PD ≥ 85 mmHg ou tratamento de HAS
Glicemia de jejum	≥ 100 mg/dL ou diabetes

Fonte: Alberti et al.⁸

Estudos apontam que um a cada três brasileiros possuem SM, e têm como critérios mais comuns a CC alta e o colesterol HDL baixo, em mulheres. Sendo que, ambientes socialmente vulneráveis é importante determinante para esta condição.²³

O Tratamento não-medicamentoso da SM, compreende um plano alimentar para a redução de peso, associado a exercício físico. Pois a redução moderada de peso (5 a 7% do peso corporal inicial), melhora o controle glicêmico e reduz a necessidade de medicamentos hipoglicemiantes.²⁴



O padrão ouro de tratamento inclui uma alimentação rica em vegetais, cereais integrais, leguminosas, frutas in natura (2 a 4 porções, com pelo menos uma que seja fonte de vitamina C), hortaliças (3 a 5 porções, cruas e cozidas), produtos lácteos com baixo teor de gordura, ingestão moderada de carne vermelha e baixo consumo de álcool (máximo de 30g para homens e 15g para mulheres).²⁴

É importante o consumo de pelo menos três porções de alimentos integrais e demais fontes de fibras (folhosos, sementes, bagaços, entre outros) para alcançar a recomendação de fibras diária e fracionamento da dieta em 5 a 6 refeições por dia.²⁴

Outro ponto importante é também evitar o consumo de alimentos gordurosos, frituras em geral, embutidos, alimentos em conserva, ultraprocessados, devido a grande quantidade de calorias, gorduras e sódio em sua constituição.^{8, 24}

O quadro abaixo (Figura 7) diz respeito a um comparativo entre as principais orientações para consulta rápida dos profissionais de saúde, buscando demonstrar que as orientações para as diversas comorbidades são semelhantes, possuindo pequenas especificidades. Além das orientações quando a alimentação, destaca-se também demais abordagens não farmacológicas relacionadas ao tratamento e progressão da doença, como a ingestão de bebida alcoólica, uso do cigarro, composição corporal e prática de atividade física.

Figura 7 - Quadro comparativo das principais recomendações no tratamento não farmacológico para DCNT.

	Obesidade	Diabetes Mellitus Tipo 2	Hipertensão Arterial Sistêmica	Dislipidemia	Síndrome Metabólica
ALIMENTAÇÃO	<p>Dieta DASH, Dieta do Mediterrâneo e Dieta Vegetariana, mostraram um bom resultado na redução do peso corporal, desde que associadas a redução da ingestão de alimentos ultraprocessados e aumento da ingestão de alimentos in natura.</p> <p>Dieta hipocalórica, contribui no controle de peso e tratamento da obesidade.</p> <p>Dietas com restrição calórica elevada, podem contribuir com a redução de peso em alguns casos, porém são pouco recomendadas pela difícil adesão e necessidade de ser sempre com acompanhamento médico e de nutricionistas.</p> <p>O consumo de sucos deve ser desestimulado, mesmo não adoçados, preferindo o consumo da fruta na forma in natura.</p>	<p>Dieta DASH, possui um bom resultado no controle glicêmico.</p> <p>Seguem as recomendações da população sem diabetes.</p> <p>Estimular a preferência por alimentos in natura, e minimamente processados, e a moderação no consumo de alimentos processados e ultraprocessados.</p> <p>Recomendações específicas: - Sacarose: Máximo 5 a 10% das calorias diárias. - Fibra alimentar: Mínimo 14 g/1.000 kcal, 20 g/1.000 kcal para DM2. - Gordura Saturada: limitar em até 10% das calorias diárias. - Isenta de gordura trans.</p> <p>Dieta Low carb: Estudos controversos devido a baixa adesão.</p>	<p>Dieta DASH e similares, possui um bom resultado no controle pressórico.</p> <p>Estimular um maior consumo de frutas, hortaliças e laticínios (com baixo teor em gordura), cereais integrais, além de consumo moderado de oleaginosas e redução no consumo de gorduras, doces, bebidas com açúcar e carnes vermelhas.</p> <p>Preferir carnes magras, aves e peixes.</p> <p>Recomendações específicas: - Reduzir consumo de colesterol, gordura total e gordura saturada. - Sódio: Até 2 g/dia. - Fruta: 4/5 porções/dia. - Vegetais: 4/5 porções/dia. - Laticínios: 2/3 porções/dia. - Nozes, sementes e leguminosas secas: 4/5 porções/semana.</p>	<p>Dieta DASH e similares, possuem um bom resultado nos níveis de lipídeos.</p> <p>Recomendações específicas: - Isenta gordura trans. - Gordura Saturada: No tratamento da hipercolesterolemia recomenda-se no máximo 7% das calorias diárias. - Sacarose, xarope de milho e açúcar de adição: < 5% das calorias diárias. - Proteína de soja: consumo de uma ou duas porções de alimentos fonte de proteína de soja (de 15 a 30 g de proteína), está associado a redução de LDL e TG, além do aumento do HDL. - Fibras solúveis: Psyllium, farelo de aveia (25 g/dia). - Ômega 3: associados à proteção cardiovascular. Fontes: soja, canola e linhaça (ácido ALA) e peixes e crustáceos dos oceanos Pacífico e Ártico (ácidos EPA e DHA).</p>	<p>Dieta DASH e similares, possuem um bom resultado no tratamento da SM.</p> <p>Evitar alimentos gordurosos em geral como carnes gordas, embutidos, laticínios integrais, frituras, gordura de coco, molhos, cremes e doces ricos em gordura e alimentos refogados e temperados com excesso de óleo ou gordura.</p> <p>Evitar: embutidos, conservas, enlatados, defumados e salgados de pacotes tipo snacks.</p> <p>Preferir: temperos naturais como salsa, cebolinha e ervas aromáticas.</p> <p>Estimular o consumo diário de duas a quatro porções de frutas, sendo pelo menos uma rica em vitamina C (frutas cítricas) e de três a cinco porções de hortaliças cruas e cozidas.</p> <p>Recomendações específicas: - Sal de cozinha: Deve ser limitado a 6g/dia. - Fibras: 20g a 30 g/dia.</p>
COMPOSIÇÃO CORPORAL	-	Evitar aumento de peso e/ou promover, quando necessário, perda de peso realista, em torno de 5% a 7% do peso corporal inicial.	A redução de peso é uma recomendação essencial no tratamento de hipertensão arterial sistêmica.	Promover a manutenção e/ou a redução de peso realista, em torno de 5% a 10% do peso corporal inicial.	Redução de peso sustentável de 5% a 10%, especialmente da circunferência abdominal.
ATIVIDADE FÍSICA	Interromper a prática de esportes e diminuir o gasto energético diário são mecanismos influenciadores de ganho de peso, manter atividade física regular.	Recomenda-se atividade física de 150 minutos por semana.	Recomenda-se atividade física de 150 minutos por semana, se não houver contra indicação médica.	Recomenda-se atividade física de 3 a 5 vezes por semana, com duração de 60 minutos e intensidade moderada.	Recomenda-se pelo menos 30 minutos de atividade física leve a moderada de forma contínua na maioria dos dias da semana.
ETILISMO	Reduzir.	Cessar ou reduzir para 15g, em média, de álcool/ dia.	Cessar ou reduzir para até 30g de álcool/dia.	Cessar ou reduzir para até 30g de álcool/dia.	Cessar ou reduzir o consumo de álcool diário para 30g se homem e 15g se mulher.
TABAGISMO	Cessar.	Cessar.	Cessar.	Cessar.	Cessar.

Considerações Finais

Conclui-se que a redução e controle do peso corporal, prática de atividade física e alimentação adequada e saudável, é a base do tratamento não farmacológico das Doenças Crônicas Não Transmissíveis citadas, indo de encontro ao que é preconizado no *Guia Alimentar para a População Brasileira*.²⁵

É importante levar em consideração que usuários que tenham sinais e sintomas graves dessas doenças, dificuldade de adesão ou ainda aqueles com associação de outras doenças não citadas, como neoplasias, doença renal crônica e doenças gastrointestinais, além de grupos populacionais específicos, como crianças, gestantes e idosos podem se beneficiar das informações aqui presentes, porém é necessário levar em consideração a necessidade individual de cada caso.

O presente material não pretende abranger todo assunto ou suprir toda demanda relacionada, mas sim servir como guia em atendimento aos usuários, não isentando a necessidade de discussão de caso, matriciamento e atendimento especializado, compartilhado ou não, entre as equipes de Saúde da Família e o Nutricionista do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica.

Foi desenvolvido, ainda, em linguagem adaptada, um folder com orientações nutricionais gerais para população adulta com as DCNTs, disponível após as referências. O folder pode ser impresso e utilizado em atendimentos individuais e coletivos, incluindo visitas domiciliares realizadas pelas equipes de Saúde da Família. Constituindo assim, mais um material de apoio no manejo do tratamento e prevenção de agravos à saúde desses indivíduos na Atenção Básica.

Referências

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de orçamentos familiares (POF) 2017-2018: perfil das despesas no Brasil e indicadores de qualidade de vida [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2020 [cited 2022 Ago 10]. 59 p. Available from: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101886.pdf>
2. Organização Mundial da Saúde. Global status report on noncommunicable diseases 2014 [Internet]. Geneva: WHO; 2014 [cited 2022 Set 10]. 302 p. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148114/9789241564854_eng.pdf
3. Ministério da Saúde (BR). Vigitel Brasil 2021: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico e estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2021 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2021 [cited 2022 Set 10]. 128 p. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/vigitel/vigitel-brasil-2021-estimativas-sobre-frequencia-e-distribuicao-sociodemografica-de-fatores-de-risco-e-protecao-para-doencas-cronicas/@@download/file/vigitel-brasil-2021.pdf>
4. Pepe RB, Fujiwara CTH, Beyruti M, organizators. Posicionamento sobre o tratamento nutricional do sobrepeso e da obesidade: departamento de nutrição da associação brasileira para o estudo da obesidade e da síndrome metabólica (ABESO - 2022). 1. ed. São Paulo: Abeso; 2022. 260 p.
5. Forti AC, Pires AC, Pittito PB de, Gerchman F, Oliveira JEP de, Zajdenverg L, et al. Diretrizes da sociedade brasileira de diabetes 2019-2020. São Paulo: Editora Científica; 2019. 491 p.
6. Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brandão AA, Feitosa ADM, et al. Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial 2020. Arq. Bras. Cardiol [Internet]. 2021 [cited 2022 Ago 10];116(3):516-658. Available from: <https://abccardiol.org/article/diretrizes-brasileiras-de-hipertensao-arterial-2020/> doi: 10.36660/abc.20201238
7. Faludi AA, Izar MCO, Saraiva JFK, Chacra APM, Bianco HT, Afiune Neto A, et al. Atualização da diretriz brasileira de dislipidemias e prevenção da aterosclerose 2017. Arq. Bras. Cardiol [Internet]. 2017 [cited 2022 Ago 10];109(2Supl.1):1-76. Available from: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2017/02_diretriz_de_dislipidemias.pdf
8. Alberti KG, Zimmet P, Shaw J. IDF epidemiology task force consensus group: the metabolic syndrome - a new worldwide definition. Lancet [Internet] 2005 [cited 2022 Ago 10]; 366(9491):1059-62. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16182882/> doi: 10.1016/S0140-6736(05)67402-8
9. Toral N, Slater B. Abordagem do modelo transteórico no comportamento alimentar. Cien Saude Colet [Internet]. 2007 [cited 2022 Ago 18];12(6):1641-1650. Available from: <https://www.scielo.br/j/csc/a/DPCJpt5tpXF8MsywYqjcSbz/?lang=pt#>. doi: 10.1590/S1413-8123200700600025
10. Vandebroek P, Goossens J, Clemens M. Obesity System Influence Diagram. Shiftn [Internet]. 2007. Available from: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/296290/obesity-map-full-hi-res.pdf

11. Soto MLM, Sousa JN, Barbosa LMPB, Marrelli MS. O estigma da obesidade no sistema de saúde. *Int J Nutr* [Internet]. 2018 [cited 2022 Ago 06];11(S01):Trab569. Available from: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0038-1674866> doi: 10.1055/s-0038-1674866
12. Albury C, Strain, WD, Brocq SL, Logue J, Lloyd C, Tahrani, A, et al. The importance of language in engagement between health-care professionals and people living with obesity: a joint consensus statement. *Lancet Diabetes Endocrinol* [Internet]. 2020 [cited 2022 Set 06];8(5):447-455. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/landia/article/PIIS2213-8587\(20\)30102-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/landia/article/PIIS2213-8587(20)30102-9/fulltext) doi: 10.1016/S2213-8587(20)30102-9
13. Halpern B, Mancini MC, Melo ME, Lamounier RN, Moreira RO, Carra MK, et al. Proposal of an obesity classification based on weight history: an official document by the Brazilian Society of Endocrinology and Metabolism (SBEM) and the Brazilian Society for the Study of Obesity and Metabolic Syndrome (ABESO). *Arch Endocrinol Metab* [Internet]. 2022 [cited 2022 Set 15]; 66(2):139-151. Available from: <https://www.aem-sbem.com/article/proposal-of-an-obesity-classification-based-on-weight-history-an-official-document-by-the-brazilian-society-of-endocrinology-and-metabolism-sbem-and-the-brazilian-society-for-the-study-of-obesity-a/> doi: 10.20945/2359-3997000000465.
14. Amorim MMA, Souza AH, Coelho AK. Competences for self-care and self-control in diabetes mellitus type 2 in primary health care. *World J Diabetes* [Internet]. 2019 [cited 2022 Set 10]; 10(8):454-462. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6715572/> doi: 10.4239/wjd.v10.i8.454.
15. Associação Americana de Educadores em Diabetes. AADE 7TM Self-Care Behaviors [Internet]. 2011 [cited 2022 Ago 10]. Available from: <https://www.diabeteseducator.org/docs/default-source/practice/practice-resources/position-statements/aade7-self-care-behaviors-position-statement.pdf?sfvrsn=6>
16. Cobas R, Rodacki M, Giacaglia L, Calliari L, Noronha R, Valerio C, et al. Diagnóstico do diabetes e rastreamento do diabetes tipo 2. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes (2022) [Internet]. 2022 [cited 2022 Ago 15]. Available from: <https://diretriz.diabetes.org.br/diagnostico-e-rastreamento-do-diabetes-tipo-2/> doi: 10.29327/557753.2022-2.
17. Pititto B, Dias M, Moura F, Lamounier R, Calliari S, Bertoluci M. Metas no tratamento do diabetes. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes (2022) [Internet]. 2022 [cited 2022 Ago 15]. Available from: <https://diretriz.diabetes.org.br/metas-no-tratamento-do-diabetes/> doi: 10.29327/557753.2022-3.
18. Chawla R, Madhu SV, Makkar BM, Ghosh S, Saboo B, Kalra S, RSSDI-ESI Consensus Group. RSSDI-ESI clinical practice recommendations for the management of type 2 diabetes mellitus 2020. *Indian J Endocrinol Metab* [Internet]. 2020 [cited 2022 Set 12];24(1):1-122. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7328526/> doi: 10.4103/ijem.IJEM_225_20

19. Jordan J, Kurschat C, Reuter H. Arterial Hypertension. Dtsch Arztebl Int [Internet]. 2018 [cited 2022 Ago 19]; 115(33-34):557-568. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6156553/> doi: 10.3238/arztebl.2018.0557.
20. Vieira LP, Gowdak MMG, Klein MRST. Abordagem nutricional na hipertensão arterial: recomendações das diretrizes Brasileira (DBHA), Americana (AHA), Internacional (ISH) e Europeia (ESC). Hipertensão [Internet]. 2022 [cited 2022 Ago 19];24(1):65-69. Available from: <https://www.sbh.org.br/wp-content/uploads/2022/06/Revista-Hipertensao-Vol-24-Num-1-Artigo-6.pdf>
21. Rhee EJ, Kim HC, Kim JH, Lee EY, Kim BJ, Kim EM, et al. Committee of Clinical Practice Guideline of Korean Society of Lipid and Atherosclerosis. Guidelines for the Management of Dyslipidemia in Korea. J Lipid Atheroscler [Internet]. 2019 [cited 2022 Set 12]; 8(2):78-131. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7379116/> doi: 10.12997/jla.2019.8.2.78.
22. Izar MCO, Lottenberg AM, Giraldez VZR, Santos Filho RDS, Machado RM, Bertolami A, et al. Posicionamento sobre o consumo de gorduras e saúde cardiovascular 2021. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2021 [cited 2022 Ago 12];116(1):160-212. Available from: <https://www.scielo.br/j/abc/a/Yt5zyLkkfG8ms6rKcJ7TNWc/?lang=pt#> doi: 10.36660/abc.20201340
23. Oliveira LVA, dos Santos BNS, Machado IE, Malta DC, Velasquez-Melendez G, Felisbino-Mendes MS. Prevalência da Síndrome Metabólica e seus componentes na população adulta brasileira. Cien Saude Colet [Internet]. 2020 [cited 2022 Set 15];25(11):4269-4280. Available from: <https://www.scielo.br/j/csc/a/yjdDz8ccXCGgwj4YhVxKmZc/?lang=pt#> doi: 10.1590/1413-812320202511.31202020
24. I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2005 [cited 2022 Set 15];84(1):3-28. Available from: <https://www.scielo.br/j/abc/a/qWzJH647dkF7H5dML8x8Nym/?lang=pt> doi: 10.1590/S0066-782X2005000700001
25. Ministério da Saúde (BR). Guia Alimentar para a População Brasileira. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

APÊNDICE

Orientações Nutricionais para Doenças Crônicas Não Transmissíveis

SAL

Não utilize temperos prontos e reduza o consumo de **sal**, mesmo que seja o sal rosa ou sal marinho. Para temperar, utilize temperos naturais ou secos.



SAL DE ERVAS

Ingredientes: Partes iguais de sal e temperos secos, por exemplo, 1 colher de sopa de alecrim, 1 colher de sopa de salsinha, 1 colher de sopa de manjeriço, 1 colher de sopa de orégano e 1 colher de sopa de sal.

Modo de preparo: Adicione todos os ingredientes no liquidificador e bata até que fiquem misturados e mais finos. Conserve em um recipiente de vidro tampado por até 3 semanas.



GORDURA

Deve ser consumida com moderação.

Prefira alimentos com boas fontes de gorduras: abacate, azeite, pescados, castanhas, nozes e amendoim.



Reduza **gorduras saturadas**, elas estão presentes em queijos amarelos, manteiga, embutidos e carnes gordas.



Evite **gorduras trans**, comumente presente em alimentos ultraprocessados, como sorvete, macarrão instantâneo, mistura pronta para bolos, biscoito recheado e margarina.

Use óleo vegetal para temperar, como óleo de soja, milho e azeite.

AÇÚCAR

Prefira o sabor natural dos alimentos, evite adoçar vitamina, suco ou café.

O consumo de bebidas e comidas ricas em açúcar não devem fazer parte da rotina, deixe para momentos eventuais.

Leia os rótulos dos alimentos e verifique se contém: mel, açúcar mascavo, maltodextrina, açúcar demerara, melado, rapadura, dextrose, açúcar invertido, glicose de milho e xarope de glicose, pois são **derivados de açúcar**.



Uma vida ativa associada a uma alimentação saudável e equilibrada, é essencial para manter o peso adequado, bons níveis de açúcar no sangue, colesterol e pressão arterial estáveis.



Elaborado por Neldiane Moura Lima e Lorrana Nascimento Grimes, nutricionistas no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, como material complementar ao e-book **Doenças Crônicas não Transmissíveis: miniguia de orientações nutricionais para população adulta**. Sob orientação de Caroline Jonas Rezaghi Ricomini Nunes e coorientação de Cleide Alves de Andrade Lopes. Brasília, 2022.

(Distribuído gratuitamente como material de apoio aos profissionais das equipes de Saúde da Família do Distrito Federal.)



RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL
EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE

DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Obesidade | Diabetes | Hipertensão | Colesterol Alto

Uma alimentação saudável deve ser composta preferencialmente por alimentos in natura e minimamente processados, reduzida em alimentos processados e evitando os ultraprocessados.



PREFERIR **IN NATURA**

Alimentos retirados diretamente das plantas e animais, sem alterações.

MINIMAMENTE PROCESSADO

Alimentos que passaram pelo processo de limpeza, moagem, congelamento, sem adição de açúcar, sal, gorduras ou outra substância.



REDUZIR

PROCESSADO

Alimentos processados pela indústria, com adição de sal, gordura ou açúcar, para aumentar a durabilidade.



EVITAR

ULTRAPROCESSADO

Produtos alimentícios com alto teor de alterações em sua composição natural.



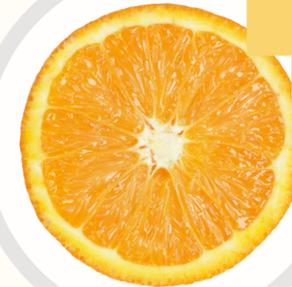
Fonte: Guia Alimentar para População Brasileira, 2014.

1. Evite ficar longos períodos em jejum, **fracione** as refeições ao longo do dia;
2. Desenvolva **habilidades culinárias**, aprenda uma nova receita, pois cozinhar te dá autonomia;
3. Frequente mais a **feira** e menos o mercado.

25%

Carnes magras e leguminosas (feijões, grão de bico, fava, lentilha, soja, ervilha...).

Consuma pelo menos 3 porções de fruta ao longo do dia. **É uma excelente opção de sobremesa.**



Faça as refeições com **atenção** e, sempre que possível, **compartilhe** esses momentos com familiares e amigos e evite uso de CELULAR e TV.

Hidrate-se! Beba água entre as refeições, de 2 a 3 litros por dia.



50%

Metade do prato deve ser composto por hortaliças, cruas e cozidas.



25%

Cereais integrais (arroz ou macarrão) e/ou tubérculos (batata, mandioca, batata doce...).

DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Miniguia de Orientações Nutricionais
para População Adulta



RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL
EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE