

LORRANY SANTOS RODRIGUES

VALIDAÇÃO DE PROTOCOLO DE USO BASEADO NO GUIA ALIMENTAR PARA A  
POPULAÇÃO BRASILEIRA PARA O CUIDADO DE ADULTOS COM OBESIDADE NA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

BRASÍLIA – DF

2022

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

LORRANY SANTOS RODRIGUES

VALIDAÇÃO DE PROTOCOLO DE USO BASEADO NO GUIA ALIMENTAR PARA A  
POPULAÇÃO BRASILEIRA PARA O CUIDADO DE ADULTOS COM OBESIDADE NA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Dissertação apresentada como requisito para obtenção  
do título de Mestra em Saúde Coletiva pelo Programa  
de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da  
Universidade de Brasília.

Orientadora: Profa. Dra. Vivian Siqueira Santos  
Gonçalves

BRASÍLIA – DF  
2022

LORRANY SANTOS RODRIGUES

VALIDAÇÃO DE PROTOCOLO DE USO BASEADO NO GUIA ALIMENTAR PARA A  
POPULAÇÃO BRASILEIRA PARA O CUIDADO DE ADULTOS COM OBESIDADE NA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Dissertação apresentada como requisito para obtenção  
do título de Mestra em Saúde Coletiva pelo Programa  
de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da  
Universidade de Brasília.

Aprovado em 02 de Dezembro de 2022

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Vivian Siqueira Santos Gonçalves (presidente)  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva  
Universidade de Brasília

Profa. Dra. Verônica Cortez Ginani (membro interno)  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva  
Universidade de Brasília

Profa. Dra. Maria Natacha Toral Bertolin (membro suplente)  
Programa de Pós-Graduação em Nutrição Humana  
Universidade de Brasília

Prof. Dr. Eduardo Augusto Fernandes Nilson (membro efetivo)

Diretoria Regional de Brasília  
Fundação Oswaldo Cruz

*Dedico esse trabalho a minha família. Minha mãe Luzinete, e meu pai Revane, meus mestres!  
Aos meus irmãos, Paulo Vitor e Marcos Vinícius, luzes da minha vida. Vocês me ensinam e  
me fazem sentir o real significado de Amor. Mais uma conquista coletiva!*

*Eu amo vocês infinitamente!*

## AGRADECIMENTOS

Mamãe e Papai agradeço pelo ambiente de apoio e conforto que me proporcionaram em meio ao caos. Paulo Vitor, você é o grande amor de uma vida toda, obrigada pela sua presença, paciência e pelo cuidado de quase antecipar minhas necessidades, nos dias que o cansaço me consumia. Marcos Vinícius, obrigada pela sua doce presença na minha vida! Eu Amo vocês! Nós conseguimos!

Sara, obrigada por ter sido minha companheira nesse percurso. Agradeço pela nossa parceria na ciência e na vida! Nem todas as flores de Jacarandá dariam conta de expressar a segurança e a felicidade que a sua presença me trouxe! Esse título é nosso!

Maurício, eu acreditava com mais força que seria possível sempre que ouvia você me dizer isso de diversas formas. Obrigada pelas múltiplas formas de acolhimento.

Thaís Galvão, seu abraço foi uma das minhas moradas, obrigada por isso! Por me lembrar, insistentemente que a vida é feita de ciclos.

Kleverson, você me inspira e me impulsiona a ser melhor. Agradeço pelo suporte e cuidado em me ensinar tantas coisas novas com seu olhar atento, crítico e amoroso!

Thaís Barbosa, obrigada por me apoiar dia após dia “*no meu escritório de patentes*”. Você me ajudou a resgatar tanta coisa nesse processo... Você é a melhor!

Rayane, Adriana e Adriely, minhas amigas da vida... Obrigada por acolherem meus desabafos e sempre estarem ao meu lado.

Nayara, obrigada pelo colo amigo, e por me incentivar de uma forma tão potente, que me impulsionava para frente! Aprendi que orientação pode ser feita com qualidade e afeto juntos, depois de você!

Amo muito todos vocês!

Agradeço a minha orientadora, Vivian Siqueira Santos Gonçalves por ter aceitado esse desafio e pelo apoio em todas as etapas. Considerando as dificuldades que as peculiaridades da minha vida, principalmente de trabalho, trouxeram ao nosso processo de orientação. Não foi fácil ser uma mestranda com um trabalho que consumia boa parte do meu dia, o que torna essa conquista ainda mais gratificante. Agradeço muito pela sua parceria. Acredito que construímos aprendizados para além do mestrado.

Agradeço a toda equipe ProGUIA e as professoras Kenia Mara Baiocchi de Carvalho, Nathalia Pizato, Eliane Said Dutra, Patrícia Borges Botelho pelo auxílio e aprendizados durante a construção desse trabalho.

Aos participantes das oficinas de validação os meus agradecimentos por tornarem esse estudo possível.

Agradeço ainda, a minha banca examinadora por ter aceitado participar dessa etapa tão importante.

## RESUMO

**Introdução:** A obesidade é uma doença crônica não transmissível (DCNT) complexa e multifatorial, com expressiva prevalência na população mundial e com impacto negativo na vida das pessoas, impondo grandes desafios para a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Considerando a centralidade da Atenção Primária à Saúde (APS) no cuidado das pessoas com obesidade no SUS, e a importância da promoção da alimentação adequada e saudável, foi identificada a lacuna de instrumentos para o subsídio da orientação alimentar individual por todos os profissionais das equipes de APS, especialmente aqueles sem formação em nutrição. Logo, a elaboração e validação de um protocolo contribuirá para o cuidado integral, universal e equitativo da obesidade. **Objetivo:** Validar um Protocolo de Uso do Guia Alimentar para a População Brasileira (GAPB) a ser empregado na orientação alimentar de pessoas adultas com obesidade por profissionais não nutricionistas na APS. **Metodologia:** Estudo metodológico de validação de um protocolo de uso composto por seis recomendações elaboradas a partir do GAPB, associado a uma tecnologia específica para obesidade, usada de forma complementar. Os itens incorporados às recomendações foram submetidos à validação de conteúdo, por meio de um painel de juízes, com notório conhecimento no cuidado da obesidade, para obtenção do Índice de Validade de Conteúdo (IVC). Para fins de validação, considerou-se  $IVC > 0,8$ . Posteriormente foi conduzida uma oficina online, de forma complementar, mediada pela equipe, com perguntas norteadoras acerca do protocolo. A validação aparente, que se propôs a validar o instrumento pelo seu público-alvo, foi realizada com profissionais não nutricionistas atuantes na APS, em oficina online aos moldes da validação de conteúdo. Finalizadas as validações, foram realizados os ajustes necessários no protocolo e elaborada a versão final. **Resultados:** Participaram da validação de conteúdo 20 juízes e da validação aparente, 10 profissionais da APS residentes nas cinco macrorregiões brasileiras. O protocolo foi validado com IVC 0,98. Nas oficinas online, foi consenso que o instrumento proporcionará confiança e ampliará o suporte para a orientação alimentar adequada aos usuários com obesidade. Houve sugestões de reformulação do fluxograma de apoio à decisão profissional, para privilegiar orientações em processo contínuo de cuidado e não em um único encontro. O que levou a necessidade de mudança do formato inicial que indicava etapas, para a estrutura cíclica. Dúvidas quanto à ausência de orientações quantitativas e de porções de alimentos emergiram dos grupos avaliadores e foram debatidas até atingir consenso. Sugestões gerais visando reforçar equidade e incentivo à autonomia dos usuários no seu processo de cuidado também foram abordadas. **Conclusão:** O protocolo foi

validado em ambas as etapas, como uma ferramenta de orientação alimentar prática, fundamentada em evidências científicas robustas e na diretriz nacional de alimentação e nutrição, para auxiliar no cuidado dos usuários com obesidade na APS. Os juízes e profissionais avaliadores reforçaram a importância do material para o preenchimento da lacuna identificada no cuidado individual dos usuários com obesidade, agregando elementos com as validações para viabilizar um instrumento que considera o conhecimento teórico-científico e prático-assistencial do manejo da obesidade.

**Palavras-chave:** Obesidade; Atenção Primária à Saúde; Protocolos clínicos; Estudos de Validação; Guias Alimentares.



## ABSTRACT

**Introduction:** Obesity is a complex and multifactorial chronic non-communicable disease (NCD), with a expressive prevalence in the world population and with a negative impact on people's lives, imposing great challenges for the management of the Brazilian National Health System (in portuguese: Sistema Único de Saúde - SUS). Considering the centrality of Primary Health Care (PHC) in the care of people with obesity in the SUS, and the importance of promoting adequate and healthy food, a gap in instruments was identified to support individual dietary guidance by all professionals in the teams of PHC, especially those without training in nutrition. Therefore, the elaboration and validation of a protocol will contribute to the integral, universal and equitable care of obesity. **Objective:** To Validate a Protocol for the use of the Food Guide for the Brazilian Population (FGBP) to be used in the dietary guidance of obese adults by non-nutrition professionals in PHC. **Methods:** This is a methodological study to validate a protocol of use composed of six recommendations developed from the FGBP, associated with a specific technology for obesity, used in a complementary form. The items incorporated into the recommendations were submitted to content validation, by means of a panel of judges, with notorious knowledge in obesity care, to obtain the Content Validity Index (CVI). For validation purposes,  $CVI > 0.8$  was considered. Subsequently, an online workshop was conducted, in a complementary way, mediated by the team, with guiding questions about the protocol. The face validation, which aimed to validate the instrument by its target audience, was carried out with non-nutrition professionals working in PHC, in an online workshop along the lines of content validation. Once the validations were completed, the necessary adjustments were made to the protocol and the final version was prepared. **Results:** 20 judges participated in the content validation and in the face validation, 10 PHC professionals residing in the five Brazilian macro-regions. The protocol was validated with CVI 0.98. In online workshops, there was a consensus that the instrument will provide confidence and expand support for adequate dietary guidance for users with obesity. There were suggestions for reformulating the professional decision support flowchart, to focus on guidance in a continuous process of care and not rather than a single meeting. What led to the need to change the initial format that indicated steps, to the cyclic structure. Doubts about the absence of quantitative guidelines and food portions emerged from the evaluator groups and were discussed until consensus was reached. General suggestions aimed at reinforcing equity and encouraging user's autonomy in their care process were also addressed. **Conclusion:** The protocol was validated on both stages, such as

a practical dietary guidance tool, based on robust scientific evidence and on the national food and nutrition guideline, to assist users with obesity in PHC. The judges and professional evaluators reinforced the importance of the material to fill the gap identified in the individual care of users with obesity, adding elements with the validations to enable an instrument that considers the theoretical-scientific and practical-care knowledge of obesity management.

**Keywords:** Obesity; Primary Health Care; Clinical Protocols; Validation Study; Food Guide.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Classificação de adultos segundo com o Índice de Massa Corporal (IMC).....	17
Quadro 2: Classificação dos Alimentos segundo a NOVA, contidas no Guia Alimentar para a População Brasileira.....	28
Quadro 3: Estruturação dos itens das orientações contidos no Protocolo de Uso.....	37
Quadro 4: Perguntas norteadoras realizadas na oficina de validação de conteúdo do Protocolo de Uso.....	39
Quadro 5: Perguntas norteadoras realizadas na oficina de validação aparente do Protocolo de Uso.....	40

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Fluxo Assistencial da LCSO com início pela APS.....	22
Figura 2: Atribuições da APS na linha de cuidado de Sobrepeso e Obesidade.....	23
Figura 3: Protocolo de Uso do Guia Alimentar para a População Brasileira: bases teóricas e metodológicas.....	35
Figura 4: Etapas da elaboração do Protocolo de Uso, anteriores ao processo de validação.....	36
Figura 5: Fluxograma das etapas da validação aparente e validação de conteúdo.....	41

## **LISTA DE SIGLAS**

APS – Atenção Primária à Saúde

CONITEC – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde

DCNT – Doenças Crônicas não Transmissíveis

DHAA – Direito Humano à Alimentação Adequada

eSB – Equipe de Saúde Bucal

ESF – Estratégia Saúde da Família

GAPB – Guia Alimentar para a População Brasileira

LCZO – Linha de Cuidado de Sobrepeso e Obesidade

PAAS – Promoção da Alimentação Adequada e Saudável

PIB – Produto Interno Bruto

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNAN – Política Nacional de Alimentação e Nutrição

RAS – Rede de Atenção à Saúde

RASPDC- Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas

SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

SUS – Sistema Único de Saúde

VAN – Vigilância Alimentar e Nutricional

## SUMÁRIO

<b>1. APRESENTAÇÃO</b> .....	28
<b>2. INTRODUÇÃO</b> .....	29
<b>3. REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	30
3.1 OBESIDADE: RESGATE HISTÓRICO E SEUS DETERMINANTES .....	30
3.2 OBESIDADE: EPIDEMIOLOGIA E AS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS .....	33
3.3 OS DESAFIOS DO MANEJO DA OBESIDADE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE .....	34
3.4 O CUIDADO DA OBESIDADE E A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	38
3.5 GUIA ALIMENTAR PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA E A MUDANÇA DE PARADIGMA NA ORIENTAÇÃO ALIMENTAR .....	40
3.6 O CUIDADO INDIVIDUALIZADO DA OBESIDADE E SUAS LACUNAS .....	44
<b>4. JUSTIFICATIVA</b> .....	47
<b>5. OBJETIVO</b> .....	48
5.1 OBJETIVO GERAL.....	48
<b>6. METODOLOGIA</b> .....	49
6.1 TIPO DE ESTUDO .....	49
6.2 FASES ANTERIORES À VALIDAÇÃO .....	49
6.3 VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO.....	51
6.4 VALIDAÇÃO APARENTE .....	53
6.5 QUESTÕES ÉTICAS.....	55
<b>7. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	56
7.1. ARTIGO CIENTÍFICO .....	56
<b>8. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	82
<b>9. REFERÊNCIAS</b> .....	84
<b>10. APÊNDICES</b> .....	94
<b>11. ANEXOS</b> .....	115

## **1. APRESENTAÇÃO**

Esta dissertação se ocupa da validação de um Protocolo de Uso, como ferramenta para subsídio da orientação alimentar, por profissionais de saúde não nutricionistas no cuidado às pessoas com obesidade na Atenção Primária à Saúde (APS). Está inicialmente organizada com a introdução, seguida de seis capítulos, que traçam o histórico da obesidade e seus múltiplos determinantes, perpassa a atuação do Sistema Único de Saúde (SUS) e da APS no manejo da obesidade enquanto uma Doença Crônica não Transmissível (DCNT). Aborda a relevância do Guia Alimentar para a População Brasileira (GAPB) na mudança de paradigmas na orientação alimentar e finaliza contextualizando a lacuna percebida que embasou a realização do estudo. Descrevendo ainda, todas as etapas realizadas na validação, na metodologia do estudo.

Como produto da dissertação, foi elaborado um artigo científico, submetido e publicado pela revista Family Practice (Qualis A1 na área Saúde Coletiva), apresentado na seção de resultados e discussão. Finalmente, são apresentados materiais suplementares na forma de apêndices e anexos, objetivando complementar as informações relatadas nos capítulos descritos.

## 2. INTRODUÇÃO

A obesidade é uma DCNT, multifatorial, complexa, de alta e crescente frequência na população mundial. Estima-se que até 2030 cerca de 1 bilhão de pessoas adultas serão classificadas com obesidade (SWINBURN et al., 2019; WORLD OBESITY FEDERATION, 2022a). A obesidade é fator de risco para outras DCNT como diabetes *mellitus*, doenças cardiovasculares e contribui para o aumento do risco de morte prematura (ROTH et al., 2018). O impacto econômico das DCNT mais prevalentes (hipertensão, diabetes *mellitus* e obesidade) para o SUS foi estimado em 3,45 bilhões de reais em 2018. Sendo a obesidade, diretamente, responsável por 11% do custo total (NILSON et al., 2020).

Entre as recomendações da Organização Mundial da Saúde, para a prevenção e o cuidado da obesidade, destaca-se a importância do fortalecimento da APS e da atuação multiprofissional (WHO, 2018). Tendo em vista que a alimentação inadequada é um dos determinantes para o surgimento e agravamento da obesidade, o atendimento individualizado na APS é momento oportuno para realização de orientações alimentares para prevenção e cuidado da obesidade (BRASIL 2022a; LOUZADA et al., 2022a).

Nesse contexto, o GAPB é a diretriz nacional para promoção da alimentação adequada e saudável à população (BRASIL 2014a). Mas, apesar da relevância do GAPB orientações específicas que subsidiem orientações alimentares individualizadas no cuidado às pessoas com obesidade na APS não são contempladas (BRASIL 2014a; LOUZADA et al., 2022b).

A construção de protocolos curtos é incentivada, por apresentar escopo estrito e estabelecer critérios, parâmetros e padrões para a utilização de uma tecnologia em condições de saúde específicas. Para os profissionais das equipes de APS, especialmente àqueles que não possuem formação em nutrição, tais protocolos são relevantes no subsídio à orientação alimentar aos usuários, alinhadas às recomendações do GAPB (BRASIL, 2014a, 2014b; 2022b, 2022c).

Considerando a inexistência de protocolos para a orientação alimentar de pessoas com obesidade na APS, o Ministério da Saúde brasileiro publicou em 2022 o documento intitulado “Protocolo de uso do Guia Alimentar para a População Brasileira: Orientação alimentar de pessoas adultas com obesidade” (BRASIL, 2022d). Sendo elaborado por pesquisadoras com experiência na temática e validado em duas etapas, processo apresentado neste trabalho.



### 3. REVISÃO DA LITERATURA

#### 3.1 OBESIDADE: RESGATE HISTÓRICO E SEUS DETERMINANTES

O excesso de gordura corporal não é um fenômeno recente, e por diversos séculos foi tido como símbolo de riqueza e saúde (POULAIN, 2004; SANTOS, 2008; PRIORE; AMANTIO, 2011). O acesso à comida se traduzia como um dos mecanismos de distinção social e privilégio das classes dominantes. Não só a comida, mas o ato de comer em excesso era um comportamento de distinção de classe (MONTANARI, 2013). O peso corporal elevado era tido, então, como expressão de poder quando observados em corpos do gênero masculino e, atrelado a acolhimento e amabilidade quando no gênero feminino (SANTOS, 2008).

A relação entre excesso de gordura corporal e a representação de prosperidade, entre as diversas explicações possíveis, se dá pela história colonial tão presente em diversos países como o Brasil, onde a escassez e a fome sempre presente na maior parte da população criou a possibilidade de demonstração de poder das classes dominantes a partir da exposição, seja dos corpos ou da ingestão de alimentos como marcadores de superioridade (POULAIN, 2004; PRIORE; AMANTIO, 2011).

À medida que o excesso de peso deixa de ser uma característica apenas dos abastados, devido à diversas mudanças sociais, econômicas e dos modos de se alimentar, o status de privilégio sobre os corpos com excesso de peso foi perdendo protagonismo. O que antes era tido como uma ferramenta de distinção social, especialmente após o século XIX, passa a ganhar outros contornos e interpretações como destaca Priore e Amantino (2011, p. 454):

O passado colonial brasileiro revela uma “história de gente gorda”, em que a gordura era sinônimo de formosura, tornando-se a base de sustentação para que a barriga do burguês viesse a significar *status* e prosperidade. Na medida que a ingesta gordurosa vai “acumulando” adeptos, constata-se mudança gradativa do lugar social ocupado pelos gordos. A obesidade perde o seu prestígio, inquestionável no passado.

Atualmente, a Organização Mundial de Saúde (OMS) conceitua a obesidade como o acúmulo excessivo ou anormal de gordura que pode comprometer e trazer riscos à saúde, originário de um balanço energético positivo, ou seja, o corpo consome mais energia do que gasta, e esse saldo positivo é acumulado em forma de gordura corporal (WHO, 2000; WHO, 2021). A obesidade pode ser mensurada, em nível populacional, por meio do Índice de Massa

Corporal (IMC) que classifica o peso em quilos dividido pela sua estatura por metro quadrado e, é classificado por meio de níveis, como destacado no Quadro 1.

Quadro 1 - Classificação de adultos segundo com o Índice de Massa Corporal (IMC)

<i>IMC (kg/m<sup>2</sup>)</i>	<i>Classificação</i>
< 18,5	Baixo peso
18,5 a 24,9	Peso adequado ou Eutrofia
25 – 29,9	Sobrepeso
30,0 – 34,9	Obesidade grau I
35,0 – 39,9	Obesidade grau II
≥ 40,0	Obesidade grau III

Fonte: WHO, 2000, tradução nossa.

O uso do IMC, em nível individual, tem limitações quanto a mensuração da composição corporal e distribuição regional da gordura corporal, sendo necessária a inclusão de outras medidas antropométricas, como aferição de perímetros. Porém, seu uso tanto a nível individual como em coletividades para realização de Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) se faz útil, e é recomendado, considerando sua facilidade de execução e custo reduzido (WHO, 2000; BRASIL, 2015; WORLD OBESITY FEDERATION, 2022a).

Além da classificação, é fundamental compreender os determinantes da obesidade considerando que suas causas são múltiplas, complexas e interdependentes de aspectos culturais, psicológicos, genéticos, econômicos, ambientais, de consumo alimentar, acesso à saúde, entre outros (WHO, 2000; JAIME et al., 2018; SWINBURN et al., 2019).

Os determinantes sociais de saúde são o ponto de partida para compreender a multifatorialidade da obesidade. A exposição dos indivíduos a iniquidades sociais é diretamente proporcional a maiores prevalências de obesidade, independente dos fatores biológicos. Iniquidades essas, representadas pelo inadequado ou restrito acesso à educação, aos serviços de saúde, menor poder de compra de alimentos adequados e saudáveis, condições de moradia precárias e em locais de pobreza ou extrema pobreza, entre outros (FRENCH et al., 2019; JAVED et al., 2022; ROBINSON et al., 2022; XIAO et al., 2022; FAO et al., 2022).

Como destacou Xiao et al. (2017) em estudo de coorte realizado nos Estados Unidos, que analisou os dados obtidos em 1995 em comparação com os de acompanhamento entre 2004 e 2006, pessoas moradoras de bairros vulneráveis tiveram ganho de peso superior no período estudado, com maior risco de desenvolver obesidade, quando comparadas com os participantes moradores de bairros com maior estabilidade econômica e melhores condições de moradia.

Assim, nota-se que obesidade não atinge as pessoas de forma igualitária. A renda, o local de moradia, o acesso a bens e serviços, o gênero, entre outras características, tornam alguns grupos sociais mais vulneráveis ao surgimento ou agravamento da obesidade. Ações que direcionam a responsabilidade unicamente ao indivíduo, sem se ater ao ambiente são simplistas e não são efetivas a longo prazo (FAO et al., 2022; POU et al., 2021).

O ambiente tem se tornado cada vez mais obesogênico, ou seja, desestimula e dificulta a adoção e manutenção de hábitos de vida saudáveis como a alimentação adequada, a prática regular e permanente de exercício físico, sono adequado e de qualidade, entre outros. Tal fato acontece especialmente nos estratos mais pobres, reforçando o impacto decisivo do ambiente sobre as populações e suas possibilidades ou dificuldades de escolhas (XIAO et al., 2017; PAIM; KOVALESKI, 2020; WORLD OBESITY FEDERATION, 2022a; SILVA et al., 2022;).

Sumińska et al. (2022) destacam que mesmo com os diversos avanços sobre a compreensão dos determinantes da obesidade e sua complexidade, o tratamento ainda se mantém centrado nas escolhas individuais, reduzindo as múltiplas causas desse fenômeno complexo à ingerência do indivíduo sobre seus hábitos de vida. Além das dificuldades já apresentadas, reforçar que a obesidade é derivada apenas de escolhas individuais, e não como uma DCNT multifatorial, é simplificar um problema complexo e contribuir para o estigma, discriminação e preconceito das pessoas vivendo com essa DCNT. Essa prática estigmatizante é realizada, inclusive, por profissionais de saúde (RALSON et al., 2018; RUBINO et al., 2020; O'KEEFFE et al., 2020; WORLD OBESITY FEDERATION, 2022a).

Caterson et al. (2019) observaram que à medida que os profissionais de saúde reproduzem ações e práticas estigmatizantes sobre as causas da obesidade, como a atribuição da responsabilidade apenas à pessoa, tendem a reduzir seu envolvimento e corresponsabilidade no cuidado. Já os indivíduos que vivenciam o estigma e a discriminação tendem a ter menor adesão aos tratamentos, reduzir suas idas aos serviços de saúde, além de tornar as pessoas mais susceptíveis a problemas psicológicos e físicos (RUBINO et al., 2020).

Todas essas questões trazem luz à necessidade de compreender a obesidade a partir de uma abordagem interseccional, que reforça que os múltiplos determinantes atuam de forma interdependente e não apenas aditivas, de modo que contribui para ampliar as desigualdades vividas pelos indivíduos, os deixando mais vulneráveis à obesidade a depender do contexto que estão inseridos e da interdependência de marcadores de desigualdade social (COLLINS, 2017; CRENSHAW, 2002; MAKOWSKI et al., 2019).

### 3.2 OBESIDADE: EPIDEMIOLOGIA E AS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

A obesidade é uma DCNT e fator de risco para outras doenças, como o diabetes *mellitus*, doenças cardiovasculares e diversos tipos de câncer (WHO, 2000; WORLD OBESITY FEDERATION, 2022a; RAMAMOORTHY et al., 2022). A Organização Mundial de Saúde (OMS) destaca que a prevalência de pessoas adultas vivendo com obesidade vem crescendo desde os anos 2000. À época a frequência era de 8,7%, mas em 2010 chegou a 11,8% dos adultos e, em 2016 foi estimada em 13,1% (WHO, 2022). Já a projeção global para 2025 e 2030 estima que a obesidade atinja 16,1% e 17,5% respectivamente da população adulta (WORLD OBESITY FEDERATION, 2022a).

Segundo o *World Obesity Atlas - 2022*, até 2030 aproximadamente um bilhão de pessoas em todo o mundo serão classificadas com obesidade. O mesmo estudo, além de trazer estimativas globais, realiza um recorte para a população brasileira, estimando que no mesmo ano a obesidade esteja presente em 29,7% dos brasileiros adultos (WORLD OBESITY FEDERATION, 2022a).

Estudo realizado por pesquisadores brasileiros utilizando dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), conduzida desde 2006, corroboram essa tendência. A prevalência de obesidade saltou de 11,8% em 2006 para 20,3% em 2019. E a projeção sugere que em 2030 a prevalência de obesidade atinja 29,6% dos adultos brasileiros, sendo as mais afetadas, as pessoas negras e do gênero feminino (BRASIL, 2021a; ESTIVALETI et al., 2022).

No Brasil, a prevalência de obesidade em adultos, segundo os dados do VIGITEL em 2021, foi de 22,4%, já o excesso de peso estava presente em 57,2% da população (BRASIL, 2021a). Considerando o estado nutricional dos usuários acompanhados na Atenção Primária à Saúde (APS) por meio do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), o Ministério da Saúde publicou em 2020 o documento “*Situação alimentar e nutricional no Brasil: excesso de peso e obesidade da população adulta na Atenção Primária à Saúde*” evidenciando que entre as 12.776.938 pessoas acompanhadas pelas equipes de APS, 28,5% apresentavam obesidade e 34,5% sobrepeso (BRASIL, 2020a).

Estimou-se que em 2020, 74% das mortes no Brasil tiveram como causa as DCNT, e no mesmo ano o risco de morte prematura, atrelado também as DCNT alcançaram 17% na população brasileira adulta. O que reforça o impacto que as DCNT imputam à sociedade

como um todo, e especialmente aos sistemas de saúde. (ROTH *et al.*, 2018; WHO, 2000; WHO, 2020, 2022).

O *World Obesity Atlas - 2022* apresentou um ranking que mensura a preparação dos 183 países avaliados para atuação na prevenção e controle das DCNT, entre elas a obesidade, nos diversos segmentos, incluindo os sistemas de saúde. Entre os países analisados o Brasil ocupou a 67ª posição, atrás de Cuba, Chile, Uruguai e Peru. O Canadá lidera o ranking, dentre os países das Américas, na 26ª posição. Todos os países que ocupam até a 30ª posição, possuem rendas elevadas, destacando o enorme desafio dos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, especialmente para o SUS (WORLD OBESITY FEDERATION, 2022a).

### 3.3 OS DESAFIOS DO MANEJO DA OBESIDADE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O cuidado das pessoas com obesidade se traduz como um intenso desafio para o SUS e as equipes de saúde em todos os níveis de atenção. Logo, os modelos de cuidado prestados aos usuários precisam ser extensivamente discutidos, com o objetivo de abarcar e compreender toda essa complexidade, como subsídio para promover a construção em conjunto com as pessoas com obesidade, da atenção integral, universal e equitativa (BURLANDY *et al.*, 2020; BRASIL, 2022a).

O impacto econômico das DCNT mais prevalentes (hipertensão, diabetes *mellitus* e obesidade) para o SUS alcançaram R\$3,45 bilhões em 2018, sendo apenas a obesidade diretamente responsável por 11% desse montante. Tais custos tendem a aumentar proporcionalmente ao aumento da prevalência do sobrepeso e obesidade na população (NILSON *et al.*, 2020).

Estudo de projeção realizado com 161 países, incluindo países das Américas, África, Mediterrâneo Oriental, Europa, Sudeste da Ásia, Pacífico Ocidental, conforme regiões definidas pela OMS, estimou os impactos econômicos da obesidade retratando um cenário problemático. Em 2019 os custos diretos e indiretos do cuidado da obesidade equivaleram a aproximadamente 2,19% do Produto Interno Bruto (PIB), soma de todas as riquezas produzidas pelos países do estudo. Caso a prevalência de obesidade se mantenha crescente, o impacto econômico em 2060 tende a alcançar o patamar de 3,29% do PIB global. Os países com menores rendimentos estarão ainda mais vulneráveis a maiores impactos econômicos, como o Brasil (OKUNOGBE *et al.*, 2022).

O impacto econômico no Brasil em 2019 foi em torno de 2,1% do PIB, com custos destinados a obesidade, incluindo gastos com profissionais de saúde e no SUS, custos de mortalidade prematura, absenteísmo, dentre outros (OKUNOGBE et al., 2021). Em 2030 o custo total, tende a representar 2,69% do PIB brasileiro. Já em 2060 os impactos econômicos são ainda mais alarmantes e devem chegar a 4,66% do PIB (WORLD OBESITY FEDERATION, 2022b) caso a obesidade mantenha a crescente prevalência, como esperado e descrito anteriormente no estudo de projeção de Estivaleti et al. (2022).

Ao considerar a necessidade de atuação sobre a fragmentação do cuidado no SUS a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 do Ministério da Saúde, instituiu as Redes de Atenção à Saúde (RAS). Assim, os níveis de atenção passaram a representar igual importância e devendo atuar de forma interdependente, com vistas a assegurar atenção universal, integral e equitativa às demandas dos usuários (BRASIL, 2010, 2017a). No âmbito da RAS, foram construídas cinco redes temáticas prioritárias. Entre elas, a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (RASPDC) (BRASIL, 2014d).

A RASPDC elencou a prevenção e o tratamento da obesidade como ação prioritária, e estruturou o percurso dos usuários no SUS a partir de linhas de cuidado de sobrepeso e obesidade (LCSO). A LCSO objetiva direcionar o fluxo assistencial do usuário, nos diferentes pontos de atenção da RAS. É previsto pelo Ministério da Saúde a construção de LCSO regionalizadas, considerando os serviços ofertados pelos municípios, por meio da referência e contrarreferência entre a APS, atenção especializada ambulatorial e hospitalar. A Figura 1 apresenta o percurso do usuário a partir da APS, foco do presente estudo. Mas, na LCSO prevê diversos percursos assistenciais a depender do ponto de acesso do usuário à RAS, caso não ocorra pela APS.

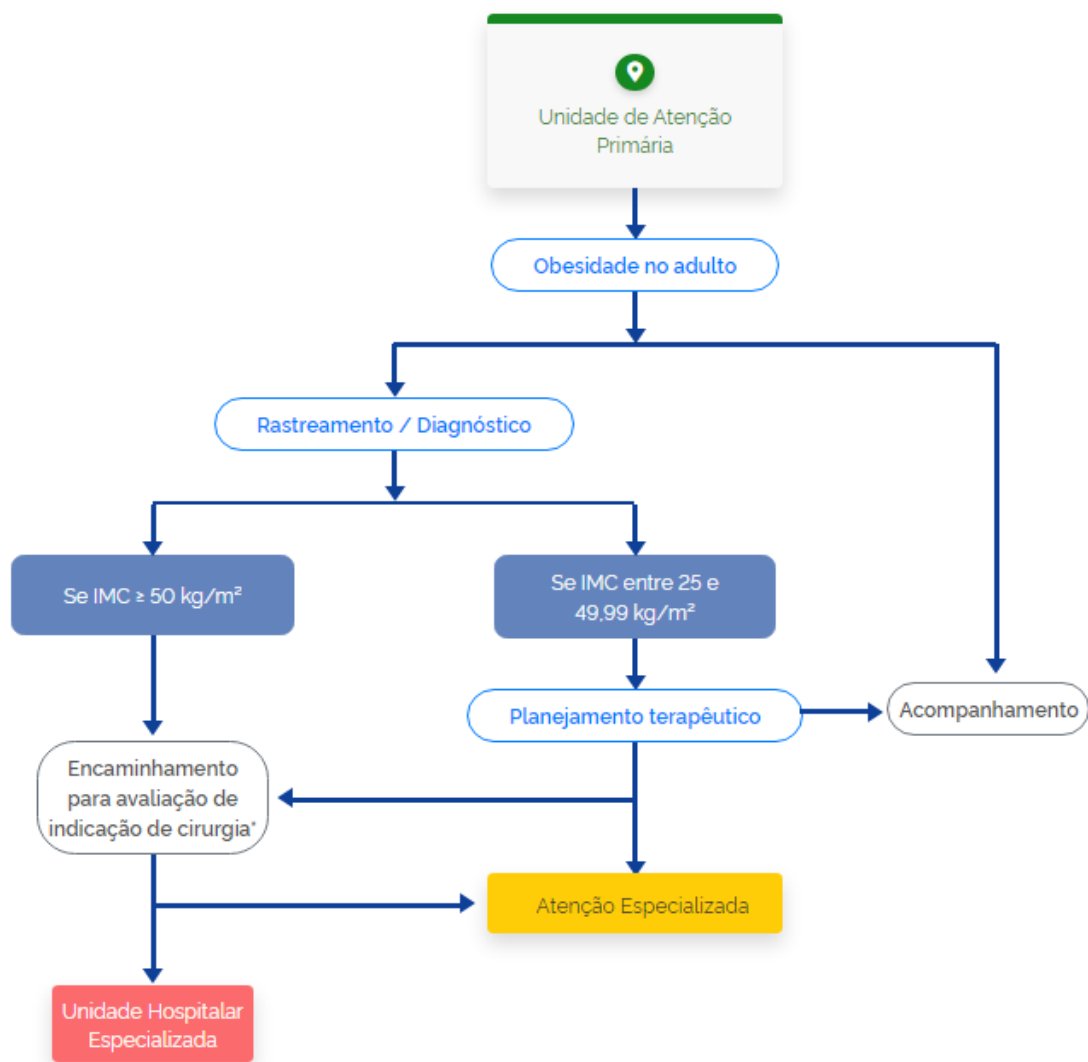


Figura 1: Fluxo Assistencial da LCSO com início pela APS.  
 Fonte: Brasil, 2020d.

O Ministério da Saúde orienta que a APS seja componente estratégico na LCSO e a entrada preferencial do usuário com obesidade no SUS. Sua atuação se firma como ordenadora e coordenadora do cuidado na RAS e RASPDC, ancorada na VAN e na estratificação de risco por meio do IMC. Essa ação deve se dar com foco na realização de ações de promoção, prevenção e tratamento da obesidade, inclusive procedimentos cirúrgicos, quando indicados, por meio das equipes multiprofissionais na APS, atenção especializada ambulatorial e hospitalar. As ações previstas pelo Ministério da Saúde, de responsabilidade da APS no âmbito da LCSO são sumarizadas na Figura 2 (BRASIL, 2013, 2014a, 2014b, 2017a, 2022a; BURLANDY et al., 2020; RAMOS et al., 2020).

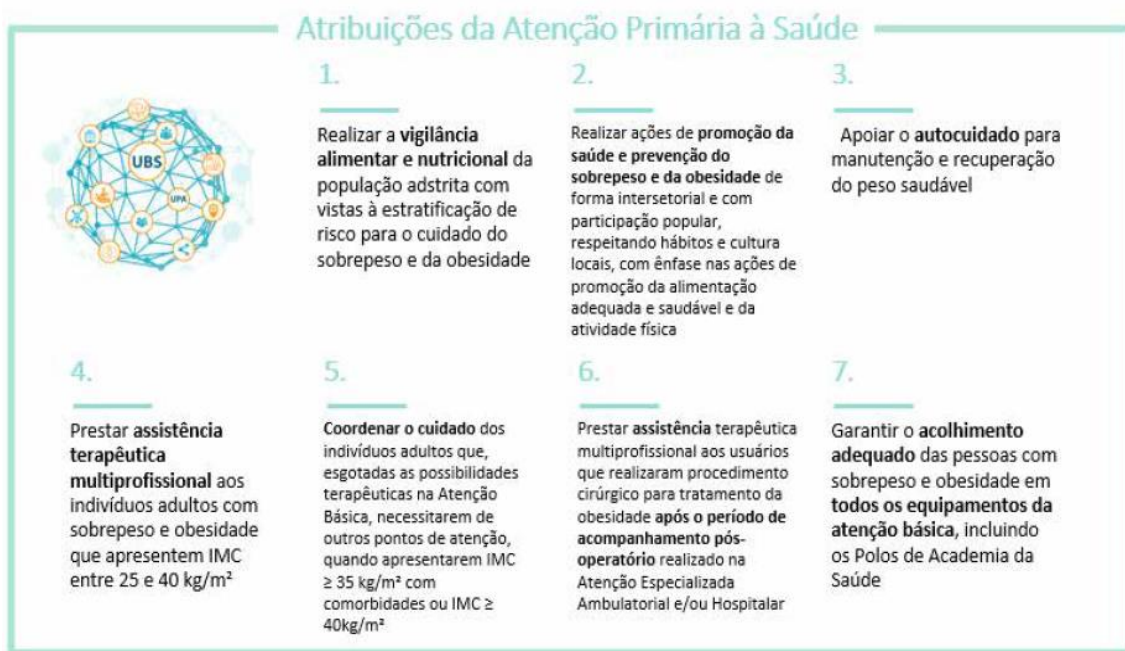


Figura 2 - Atribuições da APS na linha de cuidado de Sobrepeso e Obesidade.

Fonte: Brasil, 2022a.

São escassos os estudos que avaliam a implementação da LCSO nas diferentes regiões brasileiras. Jesus et al. (2022) identificou em seu estudo realizado com profissionais da ESF em São Paulo, que mesmo que a organização do processo de trabalho dos profissionais fosse condizente ao preconizado na LCSO, eles relataram desconhecer a LCSO do município. Ramos et al. (2020), destacam que os desafios para a implementação das LCSO nos municípios do Rio de Janeiro/RJ perpassam pela escassez de recursos humanos capacitados para o manejo da obesidade e rotatividade das equipes; estrutura das unidades de saúde e equipamentos inadequados para acolher pessoas com obesidade; e dificuldade da priorização das ações previstas para construção da LCSO na RAS, entre outras.

Já estudo de Alberto et al. (2022) que avaliou a disponibilidade de estrutura física das unidades e as ações dos profissionais da APS necessárias à operacionalização da LCSO no Piauí, observou que 84% das unidades participantes estavam preparadas, quanto à organização de espaço físico e equipamentos de avaliação antropométrica. Entre o preparo das equipes ESF, 97,6% realizavam as ações preconizadas para operacionalização da LCSO, como utilização do GAPB e acompanhamento dos usuários com obesidade. Mesmo com a observação da disponibilidade satisfatória de infraestrutura e preparo das equipes, o estudo destacou que ainda são incipientes as ações da LCSO no âmbito da APS, quando comparadas as destinadas a organização dos níveis de atenção especializada ambulatorial e hospitalar.



Ramos et al. (2020) complementa que um dos desafios do cuidado da obesidade e operacionalização da LCSO são as lacunas na abordagem multidisciplinar. Pois, as ações de manejo da obesidade que são responsabilidade de todos os profissionais da APS, foram percebidas pelos participantes do estudo como tarefa do nutricionista, o que além de sobrecarregar apenas uma categoria profissional contribui negativamente para a garantia do cuidado universal.

Além dos enormes desafios que os custos da obesidade imputam ao SUS, Burlandy et al. (2020) destacam que os modelos assistenciais, ainda fortemente centrados em uma lógica biomédica fragmentada, apresentam dificuldades para a atuação multiprofissional tão importante para a integralidade do cuidado às pessoas com obesidade. Outro desafio trazido no estudo é a percepção de insuficiência dos profissionais para manejar um problema complexo como a obesidade.

Logo, o investimento em ações de promoção à saúde, prevenção e cuidado da obesidade que considerem os seus determinantes e que atuem de forma intersetorial é fundamental para otimizar a saúde das populações, afetando diretamente a economia dos países e reforçando o papel central do SUS e das equipes multiprofissionais da APS no cuidado à obesidade (KUDEL et al., 2018; BRASIL, 2022; MENON et al., 2022).

### 3.4 O CUIDADO DA OBESIDADE E A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A OMS reforça que a APS ocupa posição de protagonismo nas ações para o cuidado da obesidade, devido sua inserção estratégica, maior capilaridade nos territórios e maior possibilidade de vinculação com os usuários, suas famílias e comunidade (WHO, 2018; 2020). Destaca ainda, que a atuação multiprofissional é um pré-requisito fundamental para a efetivação do cuidado integral, pois é sabido que ações fragmentadas não são resolutivas em contextos de saúde complexos, como a obesidade (BRASIL, 2014d, 2014b, 2022a, 2022b; BURLANDY et al., 2020; WHO, 2018, 2020).

As orientações para a prevenção e tratamento da obesidade são responsabilidade de todos os profissionais que compõem as equipes de APS. A ESF é o modelo assistencial adotado para expansão, consolidação e organização dos serviços ofertados pela APS. A ESF é composta por no mínimo um enfermeiro e um médico, preferencialmente especialistas em saúde da família, um técnico de enfermagem e um agente comunitário de saúde (BRASIL, 2017a, 2022a, 2022b). Podendo, ainda, compor a ESF o agente de combate às endemias, e as equipes de saúde bucal (eSB), composta por dentistas, auxiliares de saúde bucal ou técnicos

de saúde bucal. As ESF têm como foco as demandas individuais e coletivas dos usuários e territórios. Cada equipe possui uma área de abrangência para atuação, com um conjunto de pessoas sob a sua responsabilidade, denominada população adscrita (BRASIL, 2017a).

Outra equipe multiprofissional inserida na APS são os Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), formada por profissionais que ofertam cuidados complementares às ESF e dão apoio às equipes para potencializar a resolutividade do cuidado. A sua conformação é variável a depender do território, mas pode contar com nutricionista, assistente social, psicólogo, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, entre outras categorias. Seu caráter é de suporte aos profissionais da ESF a partir das necessidades identificadas e reguladas pelas equipes, seja no âmbito individual ou coletivo. Com reforço ao trabalho de apoio matricial entre Nasf-AB e ESF, resguardando a centralidade da última na coordenação e ordenação do cuidado na APS (BRASIL, 2014c, 2017a, 2017b).

A promoção da alimentação adequada e saudável (PAAS) é um eixo transversal da promoção à saúde e prevenção de agravos e é central no cuidado da obesidade. A realização da PAAS é responsabilidade de todas as equipes e profissionais, compondo tanto a carteira de serviços, como a Matriz para Organização dos cuidados em Alimentação e Nutrição na APS (BRASIL, 2012, 2017a, 2019c, 2022a, 2022b).

Entendendo a importância da alimentação e do acompanhamento do estado nutricional dos usuários com obesidade, um dos eixos estruturantes para a atenção nutricional na APS são as ações de VAN, realizadas pelas equipes por meio de instrumentos como o SISVAN. Este sistema informatizado armazena e possibilita análise dos dados de marcadores de consumo alimentar, que versam sobre os padrões de alimentação dos usuários. E, pela avaliação do estado nutricional a partir da aferição de peso e estatura coletados pelas equipes de APS. As ações de VAN contribuem para a organização e planejamento das linhas de cuidado, a partir do diagnóstico da situação alimentar e nutricional dos indivíduos e coletividades e para a construção de estratégias ordenadas, resolutivas e integrais (BRASIL, 2012, 2015, 2022a).

A partir do fortalecimento da VAN é possível realizar a detecção precoce de padrões alimentares disfuncionais, bem como conhecer o estado nutricional dos indivíduos acompanhados realizando, portanto, a estratificação de risco da população, para nortear ações equitativas pelas equipes de saúde (BRASIL, 2020b).

Considerando os desafios para o cuidado da obesidade, sob a ótica das equipes de APS, destacam-se as lacunas de treinamento dos profissionais para o manejo da obesidade; a inexistência de protocolos e materiais de apoio específicos; e processos de trabalho focados no produtivismo, que impactam frequentemente em tempos de consultas cada vez mais

reduzidos, contribuindo para redução das possibilidades de orientações de PAAS induzidas muitas vezes pelo tempo escasso dos profissionais devido o grande volume de demandas pelas equipes, entre outros desafios. (GALLAGHER et al., 2021; LOPES et al., 2021; JESUS et al., 2022). Assim sendo, Jesus et al. (2022) e Lopes et al. (2021) sumarizam que a melhoria dos processos de trabalho das equipes de APS, a participação e o controle social dos usuários e profissionais, e o investimento em educação permanente na APS são primordiais para o cuidado de qualidade às pessoas com obesidade.

Considerando as práticas exitosas e efetivas no âmbito das equipes de APS, são destacadas as ações que consideram a participação ativa das pessoas com obesidade no seu cuidado, e que sejam livres de estigma do peso. E que além de oferecerem orientações de mudanças de estilo de vida, estejam atentos aos determinantes sociais de saúde que atuam como barreiras para sua execução. Orientações para o cuidado da obesidade transversais aos demais atendimentos de saúde também foi identificado como uma prática efetiva (GALLAGHER et al., 2021).

Considerando que o consumo alimentar é um dos determinantes da obesidade, entre tantos outros, e que a atuação da APS é estratégica para coordenação e ordenação do cuidado das pessoas com obesidade na RAS, o atendimento individualizado na APS também é um momento oportuno para realização de orientações alimentares com vistas a contribuir para a prevenção da obesidade, bem como o seu cuidado (BRASIL, 2014c, 2022a).

### 3.5 GUIA ALIMENTAR PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA E A MUDANÇA DE PARADIGMA NA ORIENTAÇÃO ALIMENTAR

O GAPB é a diretriz nacional de PAAS e se propõe a ser indutor de políticas públicas de saúde e segurança alimentar e nutricional para garantia do Direito Humano a Alimentação Adequada (DHAA), fortalecendo as ações de educação alimentar e nutricional no SUS (BRASIL, 2014a; BORTOLINI et al., 2019).

A partir da sua segunda edição, em 2014, se iniciou uma mudança importante de paradigma no que se refere à orientação alimentar. Pois, diferente da primeira versão, publicada em 2006, que focava nos nutrientes (BRASIL, 2006), a segunda edição do GAPB centra a sua orientação na diferenciação dos alimentos por categoriais, segundo a extensão e o grau de processamento, a partir da Classificação NOVA (MONTEIRO et al., 2019). As

orientações atuais são focadas nos sistemas alimentares, nos modos de se alimentar, na superação dos obstáculos para adoção de alimentação adequada e saudável entre outras, ampliando as recomendações antes atreladas apenas a composição nutricional dos alimentos para uma noção ampliada de alimentação adequada e saudável (BRASIL, 2014a).

A classificação NOVA é crucial para compreender as orientações de PAAS do GAPB, e divide os alimentos em quatro categorias, a saber: alimentos *in natura* ou minimamente processados; ingredientes culinários; alimentos processados; e alimentos ultraprocessados (MONTEIRO et al., 2019). O GAPB orienta que os alimentos *in natura*, ou os que sofreram processos mínimos industriais sejam à base da alimentação da população. Já o consumo de alimentos processados, oriundos da categoria anterior, mas que tiveram adição de açúcar, gordura, óleos e sal seja limitado e sempre consumido como parte de refeições, baseadas em alimentos *in natura* e minimamente processados. Os ingredientes culinários são importantes para conferir sabor às preparações, mas é incentivado o seu consumo mínimo (BRASIL, 2014a).

Já os alimentos ultraprocessados, que passaram por extensas modificações e processos industriais, com inserção de aditivos alimentares (conservantes, corantes, estabilizantes e outros), com listas de ingredientes extensas e que geralmente contam com elevadas quantidades de açúcares, sódio e gorduras, não fazem parte da cultura alimentar da população, devendo ser evitados e substituídos por preparações culinárias que tenham como base alimentos *in natura* e minimamente processados (Quadro 2) (BRASIL, 2014a; MONTEIRO et al., 2019).

Quadro 2 - Classificação dos Alimentos segundo a NOVA, contidas no Guia Alimentar para a População Brasileira.

Classificação dos Alimentos	Recomendação do Guia Alimentar para a População Brasileira
<p><b><u>Alimentos in natura e Minimamente Processados</u></b></p> <p><i>Alimentos in natura</i> - obtidos diretamente de plantas ou de animais que <b>não sofrem qualquer alteração após deixar a natureza.</b></p> <p><i>Alimentos minimamente processados</i> - correspondem a <b>alimentos in natura que foram submetidos a processos</b> de limpeza, remoção de partes não comestíveis ou indesejáveis, fracionamento, moagem, secagem, fermentação, pasteurização, refrigeração, congelamento e processos similares que <b>não envolvam agregação de sal, açúcar, óleos, gorduras ou outras substâncias ao alimento original.</b></p>	<p><b>Base da alimentação</b></p>
<p><b><u>Óleos, gorduras, sal e açúcar</u></b></p>	<p><b>Utilize em pequenas quantidades</b></p>

<p>São <b>produtos extraídos de alimentos <i>in natura</i></b> ou da natureza por processos como prensagem, moagem, trituração, pulverização e refino. São <b>usados nas cozinhas</b> das casas e em <b>refeitórios e restaurantes</b> para <b>temperar e cozinhar alimentos</b> e para <b>criar preparações culinárias</b> variadas e saborosas, incluindo caldos e sopas, saladas, tortas, pães, bolos, doces e conservas.</p>	
<p><b><u>Alimentos processados</u></b></p> <p>Alimentos processados são <b>fabricados pela indústria</b> com a <b>adição de sal ou açúcar ou outra substância de uso culinário</b> a alimentos <i>in natura</i> para torná-los duráveis e mais agradáveis ao paladar. São produtos derivados diretamente de alimentos e são reconhecidos como versões dos alimentos originais. São usualmente consumidos como parte ou acompanhamento de preparações culinárias feitas com base em alimentos minimamente processados.</p>	<p><b>Limite o consumo</b></p>
<p><b><u>Alimentos ultraprocessados</u></b></p> <p>Alimentos ultraprocessados são <b>formulações industriais</b> feitas inteiramente ou majoritariamente de substâncias extraídas de alimentos (óleos, gorduras, açúcar, amido, proteínas), derivadas de constituintes de alimentos (gorduras hidrogenadas, amido modificado) ou sintetizadas em laboratório com base em matérias orgânicas como petróleo e carvão (corantes, aromatizantes, realçadores de sabor e <b>vários tipos de aditivos usados</b> para dotar os produtos de propriedades sensoriais atraentes). Técnicas de manufatura incluem extrusão, moldagem, e pré-processamento por fritura ou cozimento.</p>	<p><b>Evite o consumo</b></p>

Fonte: Brasil, 2014a; grifo da autora.

O GAPB é organizado em 5 capítulos, que são sumarizados nos 10 passos para uma alimentação adequada e saudável. Apresenta ainda, princípios, recomendações e uma regra de ouro: “Prefira sempre alimentos *in natura* ou minimamente processados e preparações culinárias a alimentos ultraprocessados” (BRASIL, 2014a, p. 47).

Alimentos ultraprocessados, além de apresentarem composição nutricional desbalanceada, geralmente com elevadas quantidades de açúcares, sódio e gorduras, entre outros, que tem impactos na saúde e no aumento do peso corporal, ainda exercem efeitos negativo na garantia de nutrientes importantes para a manutenção da saúde como as fibras alimentares. Cruz et al. (2022) avaliou o consumo de fibras alimentares e a ingestão de alimentos ultraprocessados e identificou que quanto maior o consumo de alimentos ultraprocessados, menores as chances de atingir a ingestão recomendada de fibras.

As mudanças observadas no padrão de alimentação nas últimas décadas, com a redução do consumo de alimentos *in natura* e minimamente e preparações culinárias com esses alimentos, em contrapartida do aumento progressivo dos alimentos ultraprocessados, tem sido relacionado por diversos estudos em todo o mundo ao aumento da prevalência da

obesidade, diversas outras DCNT, como o câncer e desfechos de saúde desfavoráveis (RAUBER et al., 2021; BONACCIO et al., 2022; WANG et al., 2022). O consumo desses alimentos na população brasileira aumentou de 12,6% entre 2002/2003, para 18,4% entre 2017/2018 (IBGE, 2021; LEVY et al., 2022).

Segundo Louzada et al. (2022a) 28,6% do aumento da prevalência da obesidade foi atribuído ao aumento do consumo de alimentos ultraprocessados, no período de 2002 a 2009 no Brasil. Tal aumento é potencializado considerando as pessoas que vivem em situação de vulnerabilidade socioeconômica e expostas a algum nível de insegurança alimentar e nutricional. Leung et al. (2022) demonstraram em estudo com populações beneficiárias de programas de assistência social voltados à aquisição de alimentos nos Estados Unidos, que pessoas expostas a insegurança alimentar e nutricional tiveram maior consumo de alimentos ultraprocessados quando comparados aos indivíduos não expostos, correspondendo a 55,2% e 52,6% respectivamente. E descreveu que o nível de insegurança foi diretamente proporcional ao consumo de alimentos ultraprocessados.

O impacto dos determinantes sociais de saúde como a renda, na redução da qualidade da alimentação e aumento do consumo de alimentos ultraprocessados, é um desafio para o manejo da obesidade. Eng et al. (2022), em estudo realizado na Malásia, também encontrou maior consumo de alimentos ultraprocessados nas populações com estratos de menor renda. O que o estudo descreve como um desafio, considerando a alta prevalência de obesidade no país.

Hall et al. (2019), realizou ensaio clínico, do tipo *crossover*, com dois grupos de participantes, em que ambos foram orientados a consumirem a mesma quantidade calórica de alimentos por duas semanas, o que diferiu entre os grupos foi o grau de processamento dos alimentos consumidos. Um dos grupos tinha seu consumo baseados em alimentos *in natura* ou minimamente processados, enquanto o outro com base de alimentos ultraprocessados. Mesmo com a oferta calórica equiparada, o grupo com alimentação baseada em ultraprocessados, teve ganho aproximado de 0,9kg. E perda de 0,9kg no período de inversão da intervenção. O que ratifica o impacto positivo de limitar o consumo de alimentos ultraprocessados, como orienta o GAPB, como uma estratégia de prevenção e cuidado da obesidade (BRASIL, 2014a; RAUBER et al., 2021).

### 3.6 O CUIDADO INDIVIDUALIZADO DA OBESIDADE E SUAS LACUNAS

Levando em consideração o impacto que o consumo de alimentos ultraprocessados, em detrimento dos alimentos *in natura* e minimamente processados, exercem no desenvolvimento e agravamento da obesidade, é imprescindível que orientações alimentares baseadas nas recomendações do GAPB façam parte da rotina dos atendimentos em saúde ofertados aos usuários com obesidade acompanhados pela APS, tanto nos atendimentos coletivos quanto nos atendimentos individuais (BRASIL 2014d, 2022<sup>a</sup>; BORTOLINI et al., 2019).

Segundo o Ministério da Saúde, recomenda-se que o cuidado dos usuários com obesidade seja dividido em 5 componentes: identificação do usuário; abordagem inicial e acolhimento; abordagem transversal; abordagem coletiva e abordagem individual (BRASIL, 2022a). A abordagem individual nos atendimentos realizados por profissionais de saúde é uma estratégia importante para construção do plano de cuidado e acompanhamento dos usuários, e deve ser estimulada nos serviços de APS, por meio da detecção precoce dos principais fatores de risco para obesidade, por meio da VAN, ofertando ativamente orientações assertivas aos demais componentes do cuidado (WHO, 2019, BRASIL, 2022a; WORLD OBESITY FEDERATION, 2022).

Entre os desafios para a incorporação das orientações alimentares e de cuidado da obesidade na prática cotidiana da APS, alguns estudos destacam que os profissionais não percebem a orientação alimentar como atribuição das suas categorias profissionais; queixam do tempo reduzido dos atendimentos como um limitador, considerando que necessitam realizar outras orientações em saúde além da alimentação; trazem o receio de fragilizar a relação com os usuários caso abordem orientações sobre a perda de peso; e destacam que se sentem inseguros considerando a ausência de materiais norteadores para realização das orientações (BLACKBURN et al., 2015; MALATZKY; GLENISTER, 2019; MAZZA et al., 2019; LOPES et al., 2021).

Essas dificuldades promovem a perda de oportunidades da ESF atuar na prevenção e tratamento da obesidade, como demonstra os resultados de um estudo canadense de Aboueid et al. (2018), realizado com profissionais da APS, em que a principal abordagem dos enfermeiros e médicos de família no cuidado da obesidade foi o encaminhamento dos usuários ao nutricionista. Já a segunda abordagem mais utilizada foi o encaminhamento dos

usuários com obesidade para o nível de atenção especializada. A realização de orientações alimentares e educação em saúde foi uma das estratégias menos usadas pelos profissionais.

Caterson et al. (2019), ao realizarem um estudo com profissionais de saúde e com pessoas com obesidade sobre suas percepções do cuidado ofertado e recebido, demonstraram que se demorou em média 6 anos entre a pessoa com obesidade iniciar tentativas para perda de peso, e ter uma conversa com um profissional de APS sobre o assunto. Os profissionais referiram que iniciaram conversas sobre estratégias para o cuidado da obesidade apenas após a complicação de outra condição de saúde associada. O que retrata a invisibilidade da obesidade enquanto DCNT nos serviços de saúde. Tal fato também foi observado em outros países como o Reino Unido e Escócia, que apesar da ida frequente dos usuários com obesidade aos serviços de saúde, as orientações voltadas à temática não se faziam frequentes nas abordagens dos médicos de família e enfermeiros (BOOTH et al., 2015; MCHALE et al., 2019).

É importante diferenciar a prescrição dietética individualizada da orientação alimentar. A primeira utiliza marcadores bioquímicos, de consumo alimentar, medidas e índices antropométricos, mensuração calórica e distribuição de macronutrientes e micronutrientes e necessita de diagnóstico nutricional individualizado, sendo, no Brasil, atividade privativa dos nutricionistas habilitados (BRASIL, 2012, 2018). Já a orientação alimentar é uma abordagem que direciona a adoção de hábitos alimentares adequados e saudáveis com orientações generalistas e é responsabilidade de todos os profissionais de saúde independente da categoria profissional. Desde que capacitados e norteados conforme preconiza o GAPB e demais publicações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012, 2014b, 2014c, 2015, 2022a).

Tal distinção embasa a necessidade de protagonismo de todos os profissionais da APS na realização da orientação alimentar, tendo ou não a presença do nutricionista nos serviços, com intuito de ampliar as possibilidades de cuidado dos usuários (BRASIL, 2022b). É imprescindível estabelecer os limites de atuação das categorias profissionais, mas também elucidar as inúmeras possibilidades de atuação dos profissionais não nutricionistas da APS na realização de orientações alimentares para ampliação do cuidado às pessoas com obesidade (BRASIL, 2022a).

O estímulo à atuação dos profissionais não nutricionistas na orientação alimentar se torna ainda mais necessário, levando em conta que o nutricionista nem sempre está presente nas equipes Nasf-AB, situação mais frequente a partir do Programa Previne Brasil (2019), que estabeleceu novos critérios de custeio da APS, e revogou o financiamento do Nasf-AB. A partir da falta de financiamento federal, os gestores locais são responsáveis por avaliar a



permanência das equipes e composição das mesmas, o que reforça a centralidade do cuidado dos usuários com obesidade na ESF, principalmente realizado pelos médicos e enfermeiros, inclusive no que se refere a orientação de alimentação adequada e saudável (WHO, 2018; BRASIL, 2019a, 2020c).

A relevância do GAPB é indiscutível, mas existe uma lacuna no que se refere a orientações voltadas ao contexto do cuidado individualizado, em condições de saúde específicas como a obesidade. Existem diversas estratégias e publicações orientativas da atuação das equipes de APS no cuidado coletivo das pessoas com obesidade, baseadas no GAPB (BRASIL, 2016, 2019b, 2021b; 2021c). Porém, existe uma lacuna de instrumentos que subsidiam a orientação alimentar na prática individualizada dos profissionais da APS aos usuários com obesidade, considerando as especificidades do GAPB.

Ao considerar que o tempo reduzido e a falta de instrumentos são limitadores para abordagem de orientações alimentares na APS, a construção de Protocolos curtos, como os Protocolos de Uso, endossados pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC), tornam-se úteis. Essas tecnologias estabelecem critérios, padrões e parâmetros, e possuem um escopo mais estrito e direcionado a uma condição específica de saúde, se apresentando como um recurso factível e útil para o preenchimento da lacuna observada no cuidado das pessoas com obesidade (BRASIL, 2021d, 2022c).

#### **4. JUSTIFICATIVA**

A escassez de instrumentos para o suporte dos profissionais para orientações alimentares é uma lacuna para o cuidado da obesidade na APS. Jesus et al. (2022) destacam que um dos pontos de fragilidade para o cuidado às pessoas com obesidade é a inexistência de protocolos orientadores. O Ministério da Saúde também orienta a construção de protocolos como uma das ferramentas para ampliação dos cuidados da obesidade no SUS, privilegiando as ações multiprofissionais no contexto da APS (BRASIL, 2021d).

Os profissionais de saúde não nutricionistas, atuantes na APS se beneficiarão com um subsídio para orientação alimentar individualizada na APS. Já os usuários, com a possibilidade de participar da construção de cuidado integral, mas também direcionado às suas demandas de saúde. Assim, o presente estudo pode colaborar com a instrumentalização dos profissionais de ensino superior, que não tiveram formação em nutrição, para orientação alimentar aos usuários, a partir de evidências científicas robustas, linguagem acessível, fácil utilização, que chame atenção para a prevenção do estigma do peso e que tenha o foco na melhoria da qualidade da alimentação, alinhados a diretriz de alimentação e nutrição vigente no país.

Considerando a lacuna apresentada e o cuidado individual como parte do cuidado integral aos usuários com obesidade na APS, o presente estudo se justifica a partir da necessidade de validação de um Protocolo de Uso para subsidiar a orientação de alimentação adequada e saudável de profissionais não nutricionistas, para auxiliar na construção do cuidado integral, universal e equitativo às pessoas com obesidade na APS.

## **5. OBJETIVO**

### **5.1 OBJETIVO GERAL**

Validar um Protocolo de Uso do GAPB a ser empregado na orientação alimentar de pessoas adultas com obesidade por profissionais não nutricionistas na APS.

## 6. METODOLOGIA

### 6.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo metodológico (POLIT et al., 2004), conduzido para validação do *Protocolo de Uso do Guia Alimentar para a População Brasileira: Orientação alimentar de pessoas adultas com obesidade*, volume 2 da coleção *Protocolos de Uso do Guia Alimentar para a População Brasileira* (BRASIL, 2022d).

### 6.2 FASES ANTERIORES À VALIDAÇÃO

Antecedendo o presente estudo, houve a elaboração do volume 1: *Protocolos de Uso do Guia Alimentar para a População Brasileira: Orientação Alimentar de Pessoas Adultas com Obesidade, hipertensão arterial e diabetes mellitus: bases teóricas e metodológicas* (Figura 3) O volume 1, descreveu o processo de construção do volume 2, e as informações que subsidiaram tal elaboração, bem como instruções de sua utilização e relevância na APS, sendo sua consulta complementar ao presente estudo (BRASIL, 2022e).



Figura 3 - Protocolo de Uso do Guia Alimentar para a População Brasileira: bases teóricas e metodológicas  
Fonte: BRASIL 2022e.

Em resumo, as fases seguidas para a elaboração do protocolo, anteriores ao presente estudo, se deram, conforme os passos recomendado por Louzada et al. (2022b) com adaptações (Figura 4).

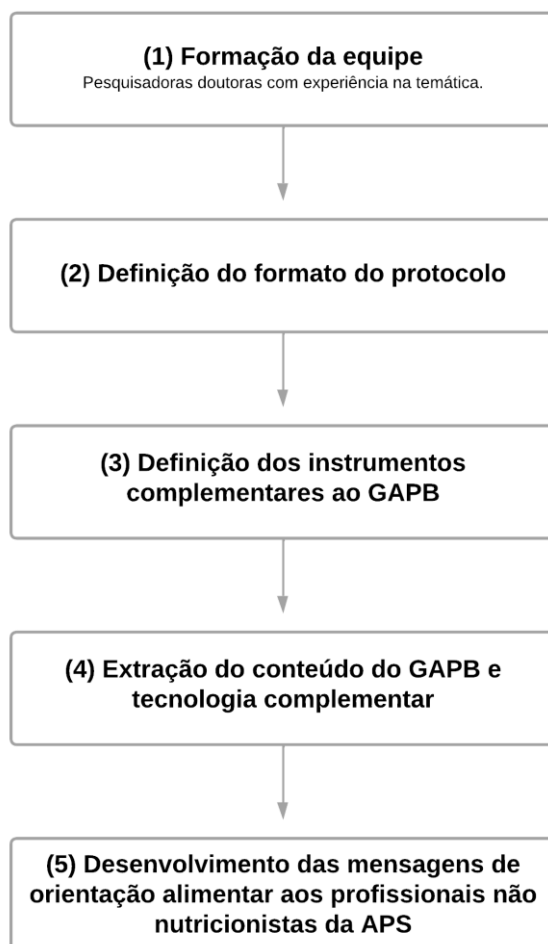


Figura 4 - Etapas da elaboração do Protocolo de Uso, anteriores ao processo de validação.  
Fonte: LOUZADA et al., 2022, com adaptações.

Após as etapas descritas na figura 3, o protocolo, então, foi estruturado conforme Quadro 3 e seguiu para validação de conteúdo e validação aparente (RUBIO et al., 2003; PASQUALI, 2009; POLIT, 2015). Sendo esta, a última etapa proposta por Louzada et al. (2022b), e a que o presente estudo abordou.

Quadro 3 - Estruturação dos itens das orientações contidos no Protocolo de Uso.

<p><b>- Como utilizar o Protocolo?</b>  <b>- Fluxograma para apoio à tomada de decisão</b></p>
<p><b>Recomendações:</b></p>
<p>- Estimule o consumo diário de feijão</p>
<p>- Oriente que se evite o consumo de bebidas adoçadas</p>
<p>- Oriente que se evite o consumo de alimentos ultraprocessados</p>
<p>- Estimule o consumo diário de legumes e verduras</p>
<p>- Estimule o consumo diário de frutas</p>
<p>- Estimule que o usuário coma em ambientes apropriados e com atenção</p>
<p><b>- Valorize a prática Alimentar</b></p>

### 6.3 VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO

A validação de conteúdo teve como objetivo a avaliação do domínio teórico das mensagens do protocolo de uso e, se elas contemplaram o pretendido pelo instrumento (POLIT, 2015; POLIT; BECK, 2019), com vistas a qualificação das orientações alimentares para utilização na prática cotidiana dos profissionais da APS no cuidado das pessoas com obesidade. Tal processo foi realizado por meio de painel de juízes, com vasta experiência no cuidado de pessoas com obesidade (RUBIO et al., 2003; KIMBERLIN; WINTERSTEIN, 2008).

Os participantes foram identificados por meio da técnica *snowball sampling* (PATTON, 2002), conforme conhecimento de profissionais que tivessem o perfil descrito e atendessem aos critérios de elegibilidade. Sendo que os profissionais convidados também puderam indicar novos possíveis juízes.

Os critérios de elegibilidade dos participantes foram: ser pesquisadores docentes com atuação em instituições de ensino superior brasileiras no último ano e ter publicações acadêmicas na temática da obesidade. Também foram elegíveis, gestores de políticas públicas de alimentação e nutrição em nível federal que atuassem com a temática da obesidade. Foram considerados inelegíveis os pesquisadores ou gestores que mesmo atendendo aos critérios, tivessem algum conflito de interesse que interferisse na participação no estudo, como por exemplo, a prestação de serviços ou consultorias para indústria de alimentos ou medicamentos.

Mediante aceite, foram disponibilizados aos participantes pelo mesmo veículo da etapa anterior os seguintes materiais: (i) as bases metodológicas utilizadas para elaboração do documento (Anexo 1); (ii) uma síntese de evidências que foi utilizada para construção

do protocolo para subsidiar a avaliação dos juízes em relação do uso das melhores evidências científicas disponíveis (Anexo 2); (iii) instruções aos juízes de participação em todas as etapas de validação (Apêndice A) ; (iv) versão preliminar do protocolo de uso (Anexo 3) e; (v) formulário online, com os itens do protocolo por seções, com a orientação de leitura pelos juízes e registro no formulário das suas respectivas avaliações do protocolo em validação (Apêndice A).

Na validação de conteúdo foram executadas duas etapas, uma quantitativa e outra qualitativa. Na etapa quantitativa, os juízes foram orientados a lerem os materiais disponibilizados e responderem individualmente o formulário eletrônico, dividido em quatro etapas. Na primeira e segunda etapa do formulário os juízes foram questionados a partir de uma Escala Likert com 4 pontos, sobre a clareza e a pertinência do item, sendo: 1- o item não está claro/pertinente; 2- maiores revisões são necessárias para tornar o item claro/pertinente; 3- pequenas revisões são necessárias para tornar o item claro/pertinente; 4- o item está claro/pertinente.

A terceira etapa do formulário eletrônico, os juízes foram orientados a incluir sugestões de mudanças ou justificar os itens que atribuíram notas iguais ou inferiores a 3. Pois, tal atribuição de nota, conforme descrição anterior significava que para os juízes o item precisava de revisões para torná-lo claro/pertinente. Na quarta etapa os juízes foram convidados a registrarem suas considerações e sugestões gerais sobre o protocolo em local destinado para tal.

A partir da pontuação atribuída aos itens pela escala Likert, foi obtido os Índices de Validade de Conteúdo de cada item (IVCi), e o Índice de Validade de Conteúdo total (IVCt) (SOUZA et al., 2017). Para cada atributo (clareza, pertinência) foi calculada a proporção de juízes que atribuíram notas 3 e 4 e a média desses dois valores resultou no IVCi do item. O IVCt foi gerado a partir da média de todos os IVCi. Foram considerados adequados índices IVCi e IVCt  $> 0,8$  (POLIT; BECK, 2006; SOUZA et al., 2017). Itens com pontuação 1 e 2, foram submetidos a discussão para apreciação quanto a sua modificação ou exclusão na etapa qualitativa (RUBIO et al., 2003; ALEXANDRE; COLUZI, 2011).

A etapa qualitativa foi realizada por meio de uma oficina online com os juízes que participaram da etapa quantitativa. Inicialmente todos os juízes foram recepcionados na mesma sala online, onde foi realizada uma breve apresentação sobre o processo de construção do Protocolo de Uso, bem como apresentação de todos os participantes. Posteriormente, os juízes foram divididos em três grupos de trabalho, em salas virtuais

distintas, para otimizar a discussão, possibilitando participação de todos e escuta qualificada por mediadores previamente treinados.

Na oficina, os juízes compartilharam as impressões e sugestões sobre o protocolo, e foi estimulada a interação entre todos os participantes mediada por perguntas norteadoras (Quadro 4). Os mediadores não tiveram acesso prévio às contribuições enviadas em formulário online, com vistas a reduzir o risco de interferência na discussão.

Após as contribuições por meio de formulário eletrônico, obtenção do IVCi e IVCT e realização da oficina, foram realizadas modificações no texto, quando elas se fizeram pertinentes. Uma nova versão foi então, submetida à validação aparente.

Quadro 4 - Perguntas norteadoras realizadas na oficina de validação de conteúdo do Protocolo de Uso.

a) O que vocês acharam da proposta da elaboração de um protocolo com esse escopo?
b) A linguagem está adequada?
c) O conteúdo está adequado?
d) As recomendações estão baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis sobre alimentação e obesidade? Vocês teriam sugestões complementares?
e) O protocolo está coerente com os objetivos do mesmo, pensando a quem se destina (profissionais de saúde de nível superior) e onde será utilizado (APS)?
f) Alguma orientação relacionada à alimentação de pessoas com obesidade não foi abordada?
g) Acreditam que há viabilidade de execução e aplicação desse protocolo em âmbito nacional?
h) Sugestões para aprimoramento.

Fonte: elaboração própria.

#### 6.4 VALIDAÇÃO APARENTE

A validação aparente consistiu na avaliação do instrumento, considerando seu público-alvo, ou seja, profissionais de saúde não nutricionistas atuantes na APS no cuidado de pessoas com obesidade. Ocupou-se na avaliação da usabilidade, entendimento do conteúdo e a aplicabilidade do protocolo em relação à finalidade pretendida (PASQUALI, 2013; STREINER et al., 2014; LOCH et al., 2021; LOUZADA et al., 2022b).

A seleção dos participantes para essa etapa também utilizou a técnica *snowball sampling* (PATTON, 2002), já descrita na validação de conteúdo. Foram incluídos no estudo, profissionais com ensino superior, não nutricionistas, mas com atuação na atenção à saúde de pessoas com obesidade na APS, seja nas equipes ESF, Nasf-AB ou eSB, bem como gestores dessas equipes na APS. Foi adotado como critério a presença de pelo menos um representante de cada macrorregião brasileira, considerando as diferenças regionais de alimentação e das orientações alimentares.



O contato com os profissionais se deu por meio de convite via e-mail, conforme detalhado na validação de conteúdo. Foram enviados os seguintes materiais: (i) as bases metodológicas utilizadas para elaboração do documento (Anexo 1); (ii) uma síntese de evidências que foi utilizada para construção do protocolo para subsidiar a avaliação dos juízes em relação do uso das melhores evidências científicas disponíveis (Anexo 2); (iii) instruções aos profissionais das leituras e participação na oficina online (Apêndice B); (iv) uma nova versão do protocolo de uso, pós-validação de conteúdo.

Foi orientada a leitura dos materiais enviados aos profissionais, com foco na nova versão do protocolo de uso, para subsidiar a discussão em oficina online. Momento que contou com mediação, e seguiu a mesma organização já descrita no processo da oficina de validação de conteúdo. A discussão se deu por meio de perguntas norteadoras (Quadro 5) e foi estimulada durante toda a oficina a interação e discussão entre os participantes.

Quadro 5 - Perguntas norteadoras realizadas na oficina de validação aparente do Protocolo de Uso

a) Pensando na prática de vocês, quais as principais dificuldades e desafios que as pessoas com obesidade relatam relacionados à alimentação?
b) Como é a experiência de vocês na orientação alimentar na prática profissional? Quais as suas principais dificuldades ou obstáculos?
c) Vocês já conheciam o Guia Alimentar? O que vocês acharam da proposta da elaboração de um Protocolo relacionado ao Guia?
d) O protocolo pode auxiliar a orientação alimentar na prática profissional de vocês? Seria possível utilizar o protocolo na sua prática? Tem espaço para sua aplicação nos atendimentos?
e) Considerando a realidade da APS, vocês acham que as recomendações do protocolo contemplaram as necessidades das pessoas com obesidade atendidas?
f) O que vocês acharam das recomendações do protocolo para abordar questões comportamentais ligadas à alimentação? Vocês as consideram úteis?
g) Sobre a abordagem do protocolo em relação ao estigma social do peso e as reflexões sobre a culpabilização do indivíduo com obesidade, vocês consideram que são relevantes? Como vocês lidam com essas questões no dia a dia da APS?
h) Pensando nas pessoas que vocês atendem, alguma orientação relacionada à alimentação de pessoas com obesidade não foi abordada? Alguma coisa não faz sentido?
i) O protocolo deixará vocês mais confiantes para fazer orientações alimentares a pessoas com obesidade?
j) O protocolo contempla características específicas de sua região do país?
k) Além do que foi falado, vocês gostariam de fazer mais algum comentário, sugestão, limitações?

Fonte: Elaboração própria.

Após a oficina, foi realizado o mesmo processo para compilação das sugestões, como já descrito na validação de conteúdo, com os ajustes nos itens conforme a pertinência ao escopo do protocolo, dando origem a versão final. Após esse processo, essa versão foi enviada para revisão gramatical, ortográfica e diagramação. A figura 5 sumariza os processos realizados.

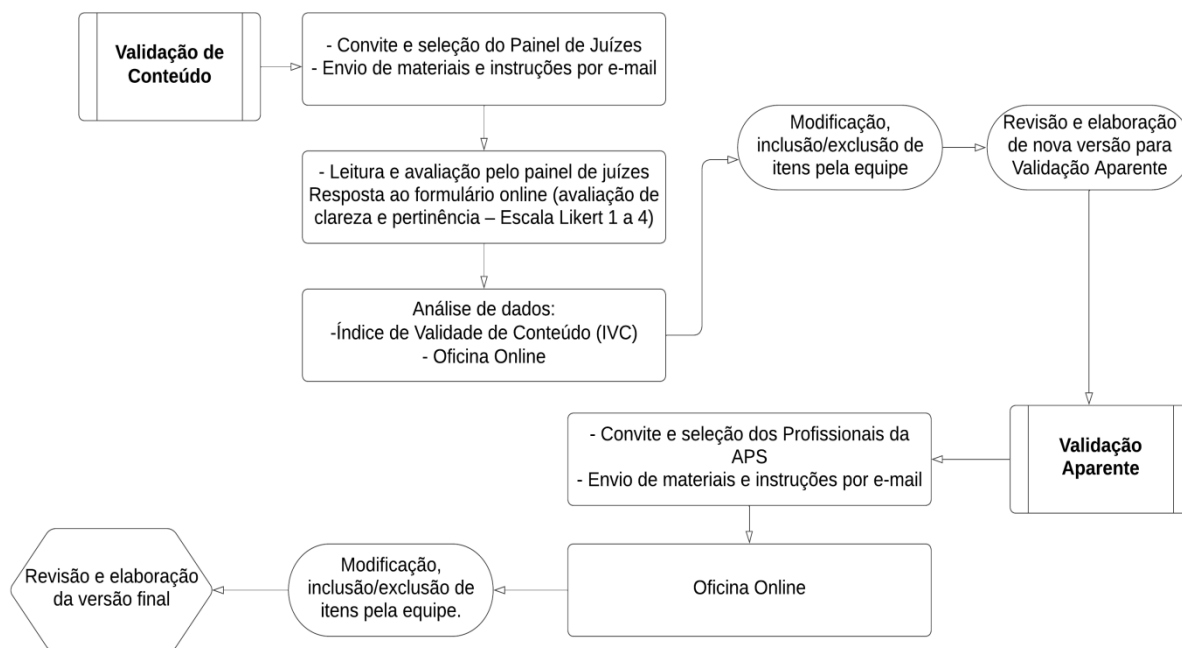


Figura 5 - Fluxograma das etapas da validação aparente e validação de conteúdo.  
Fonte: elaboração própria

## 6.5 QUESTÕES ÉTICAS

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, pelo parecer 4.567.135 (Anexo 5). Os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido e de Uso de Imagem e Voz (Apêndice C) de todas as etapas de validação foram disponibilizados e assinados via formulário online e os demais passos descritos na metodologia só se deram após aceite dos participantes. Todas as oficinas foram gravadas. As imagens, vídeos estão sob guarda da coordenação do estudo.

Todos os participantes dos painéis de validação declararam não possuir qualquer tipo de conflito de interesse que pudesse influenciar sua atuação nas etapas metodológicas.

## 7. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O protocolo validado foi publicado pelo Ministério da Saúde em 17/03/2022 e encontra-se disponível a todos os profissionais da APS no endereço eletrônico: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/volume2\\_protocolos\\_alimentar\\_adultas\\_obesidad\\_e.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/volume2_protocolos_alimentar_adultas_obesidad_e.pdf) A versão final está apresentada no Anexo 4.

Como produto desta dissertação, foi elaborado um artigo científico intitulado “Validation of a dietary advice protocol for adults with obesity in Primary Health Care according to the Brazilian Dietary Guidelines” submetido e publicado no periódico Family Practice, Qualis A1 na área de Saúde Coletiva, DOI: <https://doi.org/10.1093/fampra/cmac132>

Nos Apêndices D e E encontram-se as tabelas descritivas de todas as modificações realizadas nas etapas de validação que não foram apresentadas no artigo, devido ao limite de palavras delimitado pelo periódico.

### 7.1. ARTIGO CIENTÍFICO

#### **Validation of a dietary advice protocol for adults with obesity in primary health care according to the Brazilian Dietary Guidelines**

Key messages:

- Obesity is a challenge for Primary Health Care (PHC).
- A protocol was validated to help non-nutritional professionals manage obesity.
- Incorporation of a validated pr

## **ABSTRACT**

**Background:** Obesity is a noncommunicable chronic disease which carries a high cost for the Brazilian Unified Health System. Standardized protocols can help primary health care (PHC) professionals manage the disease.

**Objectives:** To describe the validation process of a protocol concerning dietary guidelines for adults with obesity in PHC by non-nutrition professionals.

**Methods:** A validation study of a dietary advice protocol consisting of six recommendations was conducted according to Brazilian Dietary Guidelines. The topics incorporated into the recommendations were submitted to a panel of judges for content validity and achieved a scale content validity index (S-CVI) score  $> 0.80$ . Subsequently, an online workshop was held and consisted of guiding questions to adequately improve current protocols. Face validity was assessed in a mediation workshop conducted with PHC non-nutrition professionals. Following the validation process, necessary adjustments were made to the eating protocol.

**Results:** The validation process was conducted by a panel of 20 judges and 10 PHC professionals. The content was validated using a 0.98 S-CVI. The online workshop expert panel agreed the instrument provides a trustworthy foundation for appropriate dietary guidelines. Moreover, the judges suggested changes to the flowchart designed to support the professionals' decisions, discussed the absence of quantitative prescription guidelines, and offered additional suggestions to strengthen equity and encourage autonomy in non-nutrition healthcare professionals in PHC.

**Conclusion:** This study describes the validation process of a dietary advice protocol for people with obesity, as well as the importance of its integration into PHC.

## **LAY SUMMARY**

Obesity is a public health problem that generates high costs for the Brazilian Unified Health System. Dietary guidelines are essential for the care of people suffering from obesity in primary health care (PHC) and should be implemented by all health professionals. However, the absence of protocols based on the Brazilian Dietary Guidelines to support dietary advice constitutes a gap that can prevent the active participation of professionals without training in the field of nutrition. Thus, the objective of this study is to describe the validation process of a protocol for dietary advice for adults with obesity for non-nutrition professionals working in PHC. Researchers and practitioners participated in panels as judges and evaluated the initial text of the protocol, suggesting changes when necessary. Notes on the clarity of the text were also provided. After the requested adjustments, the protocol was validated and made available by the Brazilian Ministry of Health to PHC professionals.

**Keywords:** Obesity; Primary Health Care; Clinical Protocols; Validation Study; Dietary Guideline

## **INTRODUCTION**

Obesity is a multifactorial, complex, chronic non-communicable disease (NCD) with an increasing frequency in the adult population. The World Health Organization (WHO) projects that obesity will affect approximately one billion people globally by 2030 (1). In 2020, the prevalence of obesity in Brazil was 21.5%, while that of overweight was 57.5% (2). Among people assisted by primary health care (PHC), 28,5% were classified with obesity and 63.0% were classified with overweight (3). Moreover, obesity is considered a risk factor for other NCDs, including diabetes mellitus and cardiovascular disease, as well as increasing the risk of premature death (4). The economic impact of the most prevalent NCDs (hypertension,

diabetes mellitus, and obesity) on the Brazilian Unified Health System (*Sistema Único de Saúde* – SUS) reached more than US\$ 890 million in 2018, with obesity accounting for 11% of the total costs (5).

Strengthening PHC and multi-professional care is one of the most important recommendations of the WHO for the prevention and management of obesity (6). Nutritional care in Brazil is mainly provided in PHC through the Brazilian Nutrition Surveillance System (SISVAN), which describes and predicts the dietary and nutritional status by collecting anthropometric and food consumption data provided by users. Based on the information collected by SISVAN, healthcare professionals and PHC managers should develop nutritional programs and policies focused on meeting the specific dietary demands of individuals. Considering that inadequate eating habits are a determinant of the onset and worsening of obesity, an individual appointment with a healthcare professional is a suitable opportunity to provide dietary advice (7,8).

The Brazilian Dietary Guidelines (BDG) were designed to promote adequate and healthy eating habits for the general population and constitute the dietary advice framework offered to PHC patients by healthcare professionals. Despite its relevance, the BDG lacks specific guidelines for obesity-related eating management and fails to address how healthcare professionals can use dietary recommendations in individualized clinical practice (9,10).

The SUS encourages the development of short protocols, which are normative documents with a strict scope to establish criteria, parameters, and standards for technology use under specific health conditions. These protocols are relevant for PHC professionals, especially those with no expertise in the field of nutrition, to provide users with dietary advice in line with BDG recommendations(11,12).

The lack of protocols to manage eating habits in people with obesity led the Brazilian Ministry of Health to publish the “*Protocolo de uso do Guia Alimentar para a População Brasileira na orientação alimentar de pessoas adultas com obesidade*” [Protocol for the use of the Brazilian Dietary Guidelines in the dietary guidance of adults with obesity] in 2022 (13). The protocol was developed by a panel of experts and validated in two stages. The objective of the present study is to describe the validation process of the content and measure the face validity of this protocol.

## **METHODS**

This is a study for the validation of a dietary advice protocol developed according to the BDG (9), considering the five steps proposed by Louzada et al. (10): (1) definition of the protocol format (11); (2) definition of the instrument for assessing healthy and unhealthy food consumption markers in PHC (14); (3) extraction of content from the BDG (9) and use of selected auxiliary technology to address obesity-related specificities overlooked by the BDG (15); and (4) development of dietary advice messages for healthcare professionals and a flowchart summarizing the guidelines (13,14).

The validation phase began after the protocol was completed, with the participation of a panel of experts and PHC professionals, and an adaptation of the last step (5), content and face validity (10,16).

### ***Content validity***

Content validity was measured to evaluate the theoretical domain of the messages and assess whether they adequately covered the subject in the instrument (17). The process was conducted by a panel of judges with extensive experience in the healthcare of people with obesity. The panel was comprised of professor-researchers from Brazilian universities

who had previously published articles on the subject and contributed to the development of public health policies regarding food and nutrition in Brazil (16).

The snowball sampling technique was used to select the participants (18), who were invited via e-mail to take part in the study. Those who accepted the invitation received another e-mail containing information about the methodological bases of the protocol and a summary of the evidence supporting the obesity-related eating guidelines to help them analyze the protocol. The summary of the evidence is available at <https://www.veredas.org/en/publications/#640>.

The protocol consisted of the following items: initial messages, which consisted of instructions on how to use the protocol and a flowchart summarizing the six recommendations: i) encourage the daily consumption of beans, ii) recommend avoiding the consumption of sugar-sweetened beverages, iii) recommend avoiding the consumption of ultra-processed foods, iv) encourage the daily consumption of vegetables and legumes, v) encourage the daily consumption of fruits, and vi) recommend eating in an appropriate environment and attentively; and final messages, which included additional guidance and encouragement and an evaluation of the existing eating practices.

A quantitative analysis was performed to measure the agreement among the judges in relation to each item of the instrument (inter-rater reliability), while a qualitative analysis was performed to consolidate the results of the previous step through group discussions (16,19). The items evaluated in the quantitative analysis were individually assessed using an electronic form; clarity and pertinence of the answers were taken into consideration. A 4-point Likert scale with the following options was used for this purpose: 1) the item is not clear/relevant; 2) major revisions are needed to render the item clear/relevant; 3) minor revisions are needed to render the item clear/relevant; and 4) the item is clear/relevant. The judges were asked to justify or suggest revisions for each item with a score equal to or less



than 3. After evaluating all items, the judges were asked to justify their answers and suggestions about the protocol. All answers were compiled into a Microsoft Excel 2007® spreadsheet specifically designed for the study.

The Item Content Validity Index (I-CVI) and Scale Content Validity Index (S-CVI) were obtained from the Likert scale score (19). For each attribute (clarity and relevance), the proportion of judges who granted scores of 3 was calculated. The mean of these two values resulted in the I-CVI, whereas the S-CVI was calculated by averaging all I-CVIs. Only the I-CVI and S-CVI concordance indices greater than 0.8 were considered for the study (19,20). Items with a score of 1 and 2 were discussed to determine whether they should be modified or excluded from the protocol (16,21).

The qualitative analysis was performed online because of restrictions imposed during the COVID-19 pandemic. For the analysis, the judges shared their impressions and suggestions about the protocol, mediated by a team of researchers. The mediators did not have prior access to the contributions sent via an online form to reduce the risk of bias during the online workshop discussions. A script containing guiding questions was prepared for the online workshop, including “What was your general impression of the protocol?”; and “How clear and relevant is the protocol to healthcare professionals across the country?” (10). The judges were divided into three working groups to optimize the discussion, and the online meetings were recorded and transcribed.

After the workshop, contributions were categorized for analysis (22). Subsequently, the team of researchers revised the protocol by including or excluding items based on the results (10). All changes were duly justified, thus face validity was measured in a new version(23).

### ***Face validity***

Face validity included validating the instrument, considering its target audience, and evaluating the protocol's usability, understanding, and applicability (10).

Non-nutritional healthcare participants were selected for the validation process using the snowball sampling technique (18). The inclusion criteria were college-educated professionals with no training in nutrition and having experience in caring for people with obesity in Brazilian PHC. There was at least one participant from each Brazilian geographical macroregion. Healthcare professionals were invited via e-mail, and those who accepted were provided with the new version of the protocol as well as the materials used in the content validity phase.

Professionals were asked to read the materials for further discussion in an online workshop, which was mediated by the research team and followed the previously described content validation process. The discussion was based on the guiding question: "Would it be possible to use the protocol in your practice? Is there room for its application in clinical practice?"; "Does the protocol address specific characteristics of your region in the country?"; "Would the protocol make you more confident to provide dietary guidelines to people with obesity?"; and "Considering the PHC setting, do you think the recommendations of this protocol cover the needs of people with obesity?".

Subsequently, the same methodological procedure used to compile the content validity data was used to obtain the final version of the dietary advice protocol. This is summarized in Figure 1.

## **RESULTS**

The methodological processes for the measurement of validity were conducted between January and August 2021. A total of 20 judges participated in the content validity step, and 10 non-nutrition PHC professionals from the five Brazilian macro-regions (North, South, Southeast, Central-West, Northeast) participated in the face validity step.

### ***Content validity***

The 20 participating judges lived and worked in the five Brazilian macro-regions, predominantly in the southeast region (n = 11). Among the professional categories, the participants were mostly nutritionists (n = 16), followed by endocrinologists (n = 2), a pharmacist (n = 1), and a nurse (n = 1). All participants worked either as university professors or in governmental agencies responsible for managing public health policies. The participants were mostly women (n = 19). Table 1 displays the results of the quantitative analyses.

The qualitative step consisted of discussion and revision of different topics during the online workshop to assess clarity and pertinence. Following these revisions, adjustments were made to include examples of regional foods and meals, questions on the lack of quantitative guidance, the need to address caloric restriction, and suggestions for changes to the one-way layout of the flowchart (Table 2). The initial flowchart presented to the judges is shown in Supplementary Material 1.

### ***Face validity***

A total of 10 non-nutrition PHC professionals from five Brazilian macro-regions, namely the Central-West (n = 4), Southeast and North (n = 3), and South and Northeast (n = 1) regions, participated in the face validity phase. The group consisted of five general

practitioners, four nurses, and one occupational therapist. Most of the participants were also women (n = 8).

All professionals agreed that the protocol provided safe and adequate dietary guidance for individuals with obesity and reinforced the need to ask for permission before conducting assessments and offering dietary advice. Regarding the applicability of the protocol in PHC, the suggested revisions are presented in Table 3.

Participants unanimously identified the feasibility of using the protocol in PHC. First, to enhance trust and support clinical practice for treating people with obesity, the professionals highlighted that the protocol was easy to comprehend, with applicable dietary guidelines. Second, the protocol provides guidance on adequate eating habits and reinforces healthy food consumption. Finally, PHC covers the various realities of Brazilian macro-regions, assisting a significant number of users in the entire population.

One limitation of the protocol highlighted by the participants was the absence of a quantitative approach. Thus, the mediation team clarified the protocol scope and its target audience, who are non-nutrition PHC professionals and hence are not qualified to prescribe dietary plans. However, there was a consensus regarding the need to clarify that dietary energy restriction indicated for treating obesity is a consequence of the substitution of ultra-processed foods for minimally processed in *natura* foods, and adequate and healthy cooking.

The need to adjust the flowchart proposed in the protocol was also a topic of debate. The participants agreed that changing the structure from sequential steps to a circular format would allow for a better understanding of the ongoing process of dietary counseling. They also suggested that the topics addressed should not be fully used in the first appointment with PHC users, in addition to highlighting the need to reinforce current eating practices. A new flowchart was created based on these recommendations (Figure 2).

Finally, considering the socioeconomic inequalities of families, the participants addressed the need to mediate efforts toward ensuring equitable dietary guidelines, strengthening public Food and Nutrition Security (FNS), and improving the infrastructure available in the territory.

## **DISCUSSION**

The multi-step methodology included in this study strengthened the development of a dietary advice protocol. Additionally, the clarity, adequacy, and usefulness of the protocol demonstrate the relevance of the instrument. The qualitative steps show that the use of the protocol provides a trustworthy foundation for appropriate dietary guidelines for PHC users suffering from obesity. Some highlighted topics were common to all steps, such as the need to reformulate the flowchart, the absence of quantitative dietary guidelines, the need for adjustments so that dietary guidelines are equitable, the applicability of the protocol considering the specificities of the region, and the contexts of people with obesity.

The development of protocols is one of the guidelines to support comprehensive healthcare for users with obesity in PHC (24). Similar studies have also validated instruments for the dietary guidance of PHC users, based on the BDG and strengthening SISVAN in PHC (7,10,25). However, no studies to date have validated protocols for dietary guidance and obesity management by non-nutrition professionals in PHC.

In Brazil, more than 105 million appointments at PHC units were registered in 2019; however, only 2.85% provided obesity interventions, indicating that such measures have not been a priority in this setting (37). Similarly, a seven-year cohort study among people in the United Kingdom who were overweight or obese identified that interventions and treatments were rare, even with the periodic visits of users to health services (26). Moreover, in Scotland, an approach to obesity treatment was not frequently observed in routine appointments (27),

and Critchlow et al. (28) highlighted the loss of opportunities for providing healthcare to this population, considering the centrality of PHC in user care. These studies highlight the lack of obesity management in healthcare settings. Some challenges for dietary guidance in managing obesity during appointments in PHC were identified, such as short appointment times, professionals disregarding dietary guidelines as part of their scope of practice, fear of straining the relationship with the user if advice about weight management is offered, lack of confidence in using appropriate language when using the guidelines, and lack of instruments and guiding materials (29,30).

Pacito-Almeida et al. (31) and Moura et al. (32) validated a nutritional care assessment instrument in PHC and a booklet for the prevention of overweight in adolescents, respectively. They concluded that the validation process increased the quality, credibility, and support of the items. The need to reformulate illustrations and texts to make them more appealing and communicate more effectively has also been suggested in other validation studies (31, 32).

Despite adequate content in the dietary advice protocol, both validation steps showed the need to reformulate the flowchart summarizing the protocol recommendations, initially prepared sequentially, as recommended by Louzada et al. (10) (Supplementary Material 1). It was recommended that the process of developing dietary guidelines be shared along a cyclical path. Such a path would allow beginning with any recommendation based on the person's needs and for a shared decision with the professional to avoid unilateral and sequential guidance without considering the experiences of the individual.

Individualized dietary prescription requires methods and techniques performed by the nutritionist based on knowledge acquired from training and an individualized nutritional status assessment which includes multiple dimensions (clinical, dietary, anthropometric,

biochemical, and socioeconomic). Therefore, individual dietary prescriptions should not be extended to other healthcare professionals, unlike the qualitative dietary guidelines based on the BDG recommendations proposed by the protocol (33).

The suggestions for including quantitative guidelines in the protocol reinforce the need to overcome the misconception that dietary guidelines are only based on quantities and nutrients; instead, multiple dimensions associated with adequate and healthy eating and focus on food systems and food processing levels, as recommended by the BDG (9,34,35), should be considered. The caloric restrictions recommended in obesity management are observed in the dietary advice protocol when recommending the substitution of ultra-processed foods, which constitute an unhealthy nutritional profile with a high energy density, for *in natura* or minimally processed foods (36–38).

Replacing ultra-processed foods with *in natura* and minimally processed foods, as suggested in the protocol, is a preventative measure in the onset or worsening of obesity (38,39). Hall et al. (40) demonstrated that the participants of a randomized clinical trial who were subjected to the consumption of ultra-processed foods for 14 days increased their energy consumption and gained weight (0.9 kg). In contrast, participants who consumed mostly fresh and minimally processed foods lost weight (0.9 kg), even with similar caloric amounts (40).

### ***Strengths and limitations***

To our knowledge, few studies have documented the process of developing a dietary advice protocol for people with obesity that focuses on PHC assistance. A strength of this study is the participation of experts in the topic of obesity and healthcare professionals with practical experience in PHC for validation and review of the protocol. The panel of experts also conducted discussions and gave theoretical and practical advice based on their experiences in the management of obesity to further improve the protocol. The low

acceptance of professionals from the North, Northeast, and South macroregions of Brazil to the invitation to participate is a limitation of this study.

## **CONCLUSION**

The management of obesity remains a challenge. Thus, the use of standardized protocols may guide and facilitate care. This study describes the validation process of a dietary advice protocol for people with obesity, as well as the importance of its integration into PHC. The interaction between researchers and PHC professionals during the validation steps was fundamental for developing an educational protocol, supported by robust scientific evidence and the experience of professionals who provide obesity management care.

## **Funding**

This study was funded by the Pan-American Health Organization (PAHO/WHO) through the Letter of Agreement SCON2020-00252.

## **Ethical approval**

This study was approved by the Human Research Ethics Committee of the Faculty of Health Sciences, University of Brasilia (protocol 4.567.135). All participants provided informed consent and signed consent and release forms.

## **Conflicts of interest**

The authors of this study declare no conflicts of interest.

## **Data availability**



The data underlying this article will be shared upon reasonable request by the corresponding author.

## REFERENCES

1. World Obesity. World Obesity Atlas 2022. In: Obesity W, organizador. Word Obesity; 2022. Accessed January 3, 2022. Available: [https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/wof-files/World\\_Obesity\\_Atlas\\_2022.pdf](https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/wof-files/World_Obesity_Atlas_2022.pdf).
2. Brazil. Ministry of Health of Brazil. Secretariat of Health Surveillance. Department of Health Analysis and Surveillance of Noncommunicable Diseases. Vigitel Brazil 2021: surveillance of risk and protective factors for chronic diseases by telephone survey: estimates of frequency and sociodemographic distribution of risk and protective factors for chronic diseases in the capitals of the 26 Brazilian states and the Federal District in 2021. Brasília: Ministry of Health of Brazil; 2021.124p. Accessed January 10, 2022. Available: [encurtador.com.br/rTZ35](http://encurtador.com.br/rTZ35).
3. Brazil. Ministry of Health of Brazil. Secretariat of Health Care. Primary Health Care Department. Food and nutrition situation in Brazil: overweight and obesity in the adult population in Primary Health Care. Brasília: Ministry of Health of Brazil; 2020. Accessed January 4, 2022. Available: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MjAwNA==>.
4. Roth GA, Abate D, Abate KH, et al. Global, regional, and national age-sex-specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2018;392(10159):1736–88. doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32203-7.
5. Nilson EAF, Andrade RCS, Brito DA, et al. Costs attributable to obesity, hypertension, and diabetes in the Unified Health System, Brazil, 2018. *Rev Panam Salud Publica*. 2020;44:1–7. doi.org/10.26633/RPSP.2020.32.
6. World Health Organization. Time to Deliver: report of the WHO Independent High-level Commission on Noncommunicable Diseases. Organization WH, organizador. World Health Organization; 2018. Accessed February 01, 2022. Available: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272710>.
7. Nascimento FA, Silva SA, Jaime PC. Coverage of food intake assessment in the Brazilian Food and Nutrition Surveillance System: 2008 to 2013. *Rev Bras Epidemiol*. 2019;22:e190028. doi: 10.1590/1980-549720190028.
8. Bortolini GA, Pereira TN, Nilson EAF, et al. Evolution of nutrition actions in primary health care along the 20-year history of the Brazilian National Food and Nutrition Policy. *Cad Saude Publica*. 2021;37:1–18. doi: 10.1590/0102-311X00152620.
9. Brazil. Ministry of Health of Brazil. Secretariat of Health Care. Primary Health Care Department. Dietary Guidelines for the Brazilian population. Brasília: Ministry of Health of Brazil; 2015. Accessed February 01, 2022. Available: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dietary\\_guidelines\\_brazilian\\_population.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dietary_guidelines_brazilian_population.pdf)
10. Louzada MLDC, Tramontt CR, Jesus JGL, et al. Developing a protocol based on the

Brazilian Dietary Guidelines for individual dietary advice in the primary healthcare: Theoretical and methodological bases. *Fam Med Community Heal.* 2022;10(1):1–10. doi:10.1136/fmch-2021-001276.

11. Brazil. National Commission for the Incorporation of Technologies in the Brazilian Health System. Protocols and Guidelines; 2022. <https://www.gov.br/conitec/pt-br/assuntos/avaliacao-de-tecnologias-em-saude/protocolos-clinicos-e-diretrizes-terapeuticas>. Accessed June 3, 2022.

12. Brazil. Ministry of Health of Brazil. Secretariat of Health Care. Primary Health Care Department. Strategies for the care of the person with chronic disease: Obesity . Brasília: Ministry of Health of Brazil; 2014. 1–6 p. Accessed February 08, 2022. Available: [https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias\\_cuidado\\_doenca\\_cronica\\_obesidade\\_cab38.pdf](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf).

13. Brazil. Ministry of Health of Brazil. Nutritional counseling for adults with obesity. Brasília: Ministry of Health of Brazil; 2022. 37 p. Accessed February 09, 2022. Available: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MjA5NQ==>.

14. Brazil. Ministry of Health of Brazil. Secretariat of Health Care. Primary Health Care Department. Guidelines for evaluation of food consumption markers in Primary Health Care. Brasília: Ministry of Health of Brazil; 2015. 33 p. Accessed February 09, 2022. Available: [https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/marcadores\\_consumo\\_alimentar\\_atencao\\_basica.pdf](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/marcadores_consumo_alimentar_atencao_basica.pdf).

15. Brazil. Ministry of Health of Brazil. Secretariat for Science, Technology, Innovation and Strategic Health Inputs, et al. Clinical protocol and therapeutic guidelines for overweight and obesity in adults. Brasília: Ministry of Health of Brazil; 2020. Accessed February 10, 2022. Available: <http://conitec.gov.br/>.

16. Rubio DMG, Berg-Weger M, Tebb SS, Lee ES, Rauch S. Objectifying content validity: Conducting a content validity study in social work research. *Soc Work Res.* 2003;27(2):186–76.

17. Polit DF. Assessing measurement in health: Beyond reliability and validity. *Int J Nurs Stud.* 2015;52(11):1746–53. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.07.002.

18. Patton M. Qualitative research & evaluation methods. Thousand Oaks: Sage; 2002.

19. Souza AC, Alexandre NMC, Guirardello EB. Psychometric properties in instruments evaluation of reliability and validity. *Epidemiol Serv Saude.* 2017;26(3):649–59. doi: 10.5123/S1679-49742017000300022.

20. Polit DF, Beck CT. The Content Validity Index: Are You Sure You Know What's Being Reported? Critique and Recommendations. *Res Nurs Health.* 2006;29:489–97. doi: 10.1002/nur.20147.

21. Alexandre NMC, Coluci MZO. Content validity in the development and adaptation processes of measurement instruments. *Cienc e Saude Coletiva.* 2011;16(7):3061–8. doi.org/10.1590/S1413-81232011000800006.

22. Bardin L. Content analysis. 5th ed. Portugal: Edições; 2008. 281 p.

23. Streiner DL, Norman GR CJ. Health Measurement Scales: A practical guide to their

development and use. 5<sup>a</sup> ed. Oxford: Oxford University Press; 2015.

24. Brazil. Ministry of Health of Brazil. Secretariat of Health Surveillance. Department of Health Analysis and Surveillance of Noncommunicable Diseases. Strategic Actions Plan for Tackle Chronic Diseases and Noncommunicable Diseases in Brazil 2021-2030. Brasília: Ministry of Health of Brazil; 2021. 118 p. Accessed February 12, 2022. Available: [https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/doencas-chronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022\\_2030.pdf/](https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/doencas-chronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf/).

25. Jesus JGL, Tramontt CR, Santos TSS et al. Dietary guidelines for the elderly in Primary Health Care: development and validation of a protocol based on the Food Guide for the Brazilian Population. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2021;24(5):e210157. doi.org/10.1590/1981-22562021024.210157.en.

26. Booth HP, Prevost AT, Gulliford MC. Access to weight reduction interventions for overweight and obese patients in UK primary care: Population-based cohort study. *BMJ Open.* 2015;5(1):1–6. doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006642.

27. McHale CT, Cecil JE, Laidlaw AH. An analysis of directly observed weight communication processes between primary care practitioners and overweight patients. *Patient Educ Couns.* 2019;102(12):2214–22. doi: 10.1016/j.pec.2019.07.010.

28. Critchlow N, Rosenberg G, Rungay H, et al. Weight assessment and the provision of weight management advice in primary care: A cross-sectional survey of self-reported practice among general practitioners and practice nurses in the United Kingdom. *BMC Fam Pract.* 2020;21(1):1–12. doi: 10.1186/s12875-020-01184-z.

29. Blackburn M, Stathi A, Keogh E, Eccleston C. Raising the topic of weight in general practice: Perspectives of GPs and primary care nurses. *BMJ Open.* 2015;5:e008546. doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008546.

30. Mazza D, McCarthy E, Carey M, T, et al. “90% of the time, it’s not just weight”: General practitioner and practice staff perspectives regarding the barriers and enablers to obesity guideline implementation. *Obes Res Clin Pract.* 2019;13(4):398–403. doi.org/10.1016/j.orcp.2019.04.001.

31. Pacito-Almeida AB, Santana ABN, Zangirolani LTO, et al. Content validation de Instrumento de Avaliação da Nutritional care in Primary Health Care. *Rev Nutr.* 2020;33:1–14. doi.org/10.1590/1678-9865202033e200065.

32. Moura JRA, Silva KCB, Rocha AESH, Santos SD, Amorim TRS, Silva ARV. Construction and validation of a booklet to prevent overweight in adolescents. *ACTA Paul Enferm.* 2019;32(4):365–73. doi: 10.1590/1982-0194201900051.

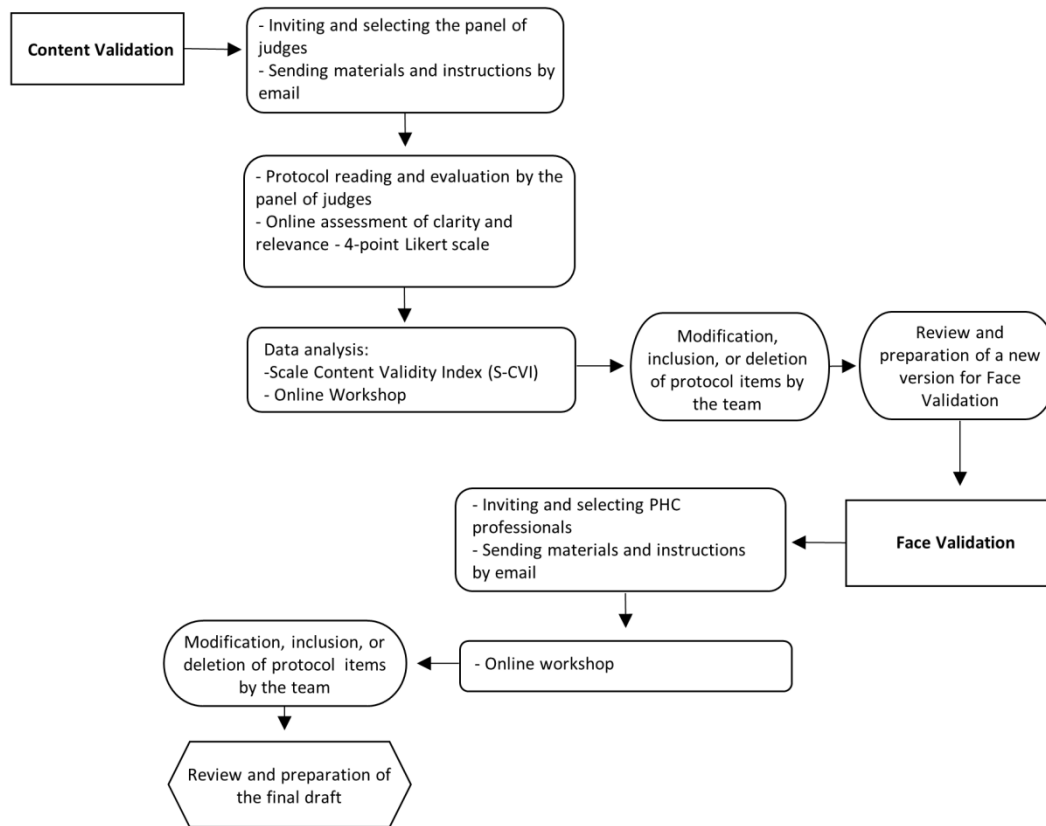
33. Brazil. Federal Council of Nutritionists (*Conselho Federal de Nutricionistas - CRN*). Resolution CFN n° 599, of 25 of February 2018. Approves the Nutritionist's Code of Ethics and Conduct and other provisions. Official Federal Gazette. 26 feb. 2018. Accessed February 12, 2022. Available: <https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/2018/04/codigo-de-etica.pdf>.

34. Gabe KT, Tramontt CR, Jaime PC. Implementation of food-based dietary guidelines: conceptual framework and analysis of the Brazilian case. *Public Health Nutr.* 2021;24(18):6521–33. doi: 10.1017/S1368980021003475.

35. Monteiro CA, Cannon G, Levy RB, Moubarac JC, Louzada MLC, Rauber F, et al. Ultra-processed foods: What they are and how to identify them. *Public Health Nutr.* 2019; 22(5):936–41. doi: 10.1017/S1368980018003762.
36. Machado PP, Steele EM, Levy RB, et al. Ultra-processed food consumption and obesity in the Australian adult population. *Nutr Diabetes.* 2020; 5;10(1):39. doi: 10.1038/s41387-020-00141-0.
37. Cordova R, Kliemann N, Huybrechts I. Consumption of ultra-processed foods associated with weight gain and obesity in adults: A multi-national cohort study. *Clin Nutr.* 2021;5079e5088. doi: 10.1016/j.clnu.2021.08.009.
38. Rauber F, Chang K, Vamos EP, et al. Ultra-processed food consumption and risk of obesity: a prospective cohort study of UK Biobank. *Eur J Nutr.* 2021;60(4):2169-2180. doi: 10.1007/s00394-020-02367-1.
39. Silva DCG, Ferreira FG, Pereira DLM, et al. Degree of food processing and its relationship with overweight and body adiposity in Brazilian adults. *Rev Nutr.* 2021;34:e200135. doi.org/10.1590/1678-9865202134e200135.
40. Hall KD, Ayuketah A, Brychta R, et al. Ultra-Processed Diets Cause Excess Calorie Intake and Weight Gain: An Inpatient Randomized Controlled Trial of Ad Libitum Food Intake. *Cell Metab.* 2019;30(1):67-77.e3. Erratum in: *Cell Metab.* 2019;30(1):226. Erratum in: *Cell Metab.* 2020;32(4):690. doi: 10.1016/j.cmet.2019.05.008.

## TABLES AND FIGURES

Figure 1: Validation steps of the *Protocol for the use of the Brazilian Dietary Guidelines in the dietary guidance of adults with obesity, Brazil, 2021*



Note: PHC – Primary Health Care

Table 1. Quantitative evaluation of the protocol by the panel of judges, Brazil, 2021. n=20.

Items	Clarity score	Relevance score	I-CVI
<b>Initial messages</b>			
Introduction	0.89	1	0.95
How to use the protocol	1	0.95	0.97
Flowchart	1	1	1
<b>Recommendation – Encourage the daily consumption of beans</b>			
Guidance	0.95	0.95	0.95
Suggestions	1	1	1
Rationale	1	1	1
Obstacles and strategies	1	0.95	0.97
<b>Recommendation – Encourage avoiding the consumption of sugar-sweetened beverages</b>			
Guidance	1	1	1
Suggestions	1	1	1
Rationale	0.95	0.89	0.92
Obstacles and strategies	1	0.95	0.97
<b>Recommendation – Encourage avoiding the consumption of ultra-processed foods</b>			
Guidance	0.95	1	0.97
Suggestions	1	0.95	0.97
Rationale	1	0.95	0.97
Obstacles and strategies	1	0.95	0.97
<b>Recommendation – Encourage the daily consumption of legumes and vegetables</b>			
Guidance	1	1	1
Suggestions	0.95	1	0.97
Rationale	0.95	0.95	0.95
Obstacles and strategies	1	1	1
<b>Recommendation – Encourage the daily consumption of Fruits</b>			
Guidance	1	1	1
Suggestions	1	1	1
Rationale	1	0.95	0.97

Obstacles and strategies	1	1	1
<b>Recommendation – Recommend eating in appropriate environment and attentively</b>			
Guidance	1	1	1
Rationale	1	1	1
Suggestions	1	0.95	0.97
<b>Final messages</b>			
Additional guidance	1	1	1
Reinforce dietary habits	1	0.95	0.97
<b>Scale Content Validity Index (S-CVI)</b>			<b>0.98</b>

Note: The item content validity index (I-CVI) and scale content validity index (S-CVI) were obtained from a 4-point Likert scale (19). For each attribute (clarity and relevance), the proportion of participants who scored grades three and four was calculated. The mean of these two values resulted in the I-CVI, whereas the S-CVI was calculated by averaging all I-CVIs. The I-CVI and S-CVI concordance indices greater than 0.8 were considered adequate (19,20). N= 20.

Table 2. Summary of discussions and suggestions of adjustments after content validation, Brazil, 2021

<b>Protocol item</b>	<b>Emerging topics</b>	<b>Sub-topic that supported reformulation</b>
<b>How to use the protocol</b>	Weight stigma	- Relevance of healthcare professionals in preventing weight stigma when treating people with obesity.
	People's autonomy in their care process	- Valuing and encouraging people's autonomy and active participation throughout their care process.
	Flowchart	- Reformulating and overcoming the notion of sequential steps, replaced by a cyclic format, making it possible to start with any recommendation, depending on specific demands. - Reviewing data, strengthening recommendations as continuous and applicable throughout PHC follow-up.
<b>Consumption of beans</b>	Cooking skills	- Food preparation techniques. - Meal planning and storage. - Guidance on buying and preparing food.
	Food ingredients	- Guidance on minimal use of oils, fat, and salt in preparing beans, chickpeas, lentils, and peas.
<b>Sugar-sweetened beverages</b>	Regional foods	- Exemplifying foods considering the different regions of the country.
	Consumption	- Including sugar-free beverage options. - Using various categories of sweeteners as an ill-advised practice.
<b>Ultra-processed foods</b>	Concept	- Simplifying the concept of ultra-processed foods. - Expanding strategies for identifying ultra-processed foods during nutritional guidance.
	Energy consumption	- Reducing the consumption of ultra-processed foods as a strategy to reduce energy consumption.
	Cooking skills	- Regularly preparing meals as a strategy to reduce the consumption of ultra-processed foods.
<b>Legumes and vegetables</b>	Consumption	- Explaining that tubers and roots do not belong to the legumes and vegetables group. - Differentiating food groups during nutritional guidance.
	Consumption	- Encouraging the consumption of legumes and vegetables, before starting meals, such as lunch and dinner. - Strategy for coping with satiety and reducing food consumption.
	Production and Access	- Preferentially purchasing seasonal food. - Encouraging purchasing food at farmers' markets or locally grown.
<b>Fruit</b>	Regional food	- Exemplifying fruits from various regions of the country.
	Consumption	- Encouraging the consumption of seasonal fruits.



	Cooking skills	- Fruit preparation technique, to add variety to its consumption, in addition to its <i>in natura</i> form.
<b>Appropriate environments</b>	Equity	- Paying attention to the socioeconomic reality and physical space of users before the guidelines. - Observing the context of people with obesity to provide feasible guidelines.
<b>Additional guidance</b>	Fad diets	- Underscoring the negative impacts of following fad diets on health and body weight.
	Alcoholic beverages	- Including negative impacts on health and body weight when consuming alcoholic beverages.
	Public FNS instruments in the territory	- Including public instruments available in the territory. - Providing guidance on access to services by users in a situation of socioeconomic vulnerability.
	Production and Access	- Encouraging growing crops and spices in users' homes and communities

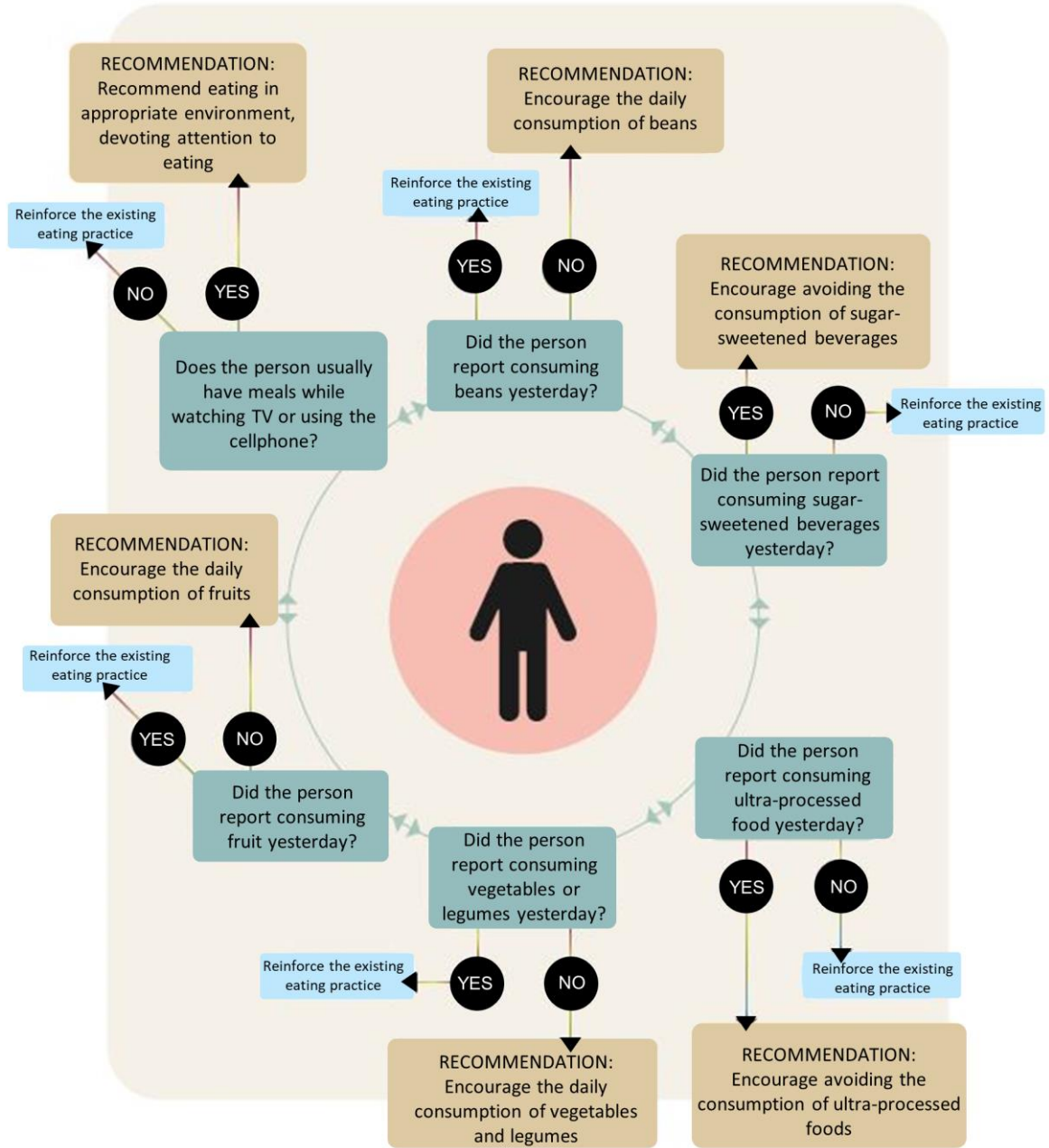
---

FNS - Food and Nutrition Security

Table 3. Summary of discussions and suggestions of adjustments after face validation, Brazil, 2021

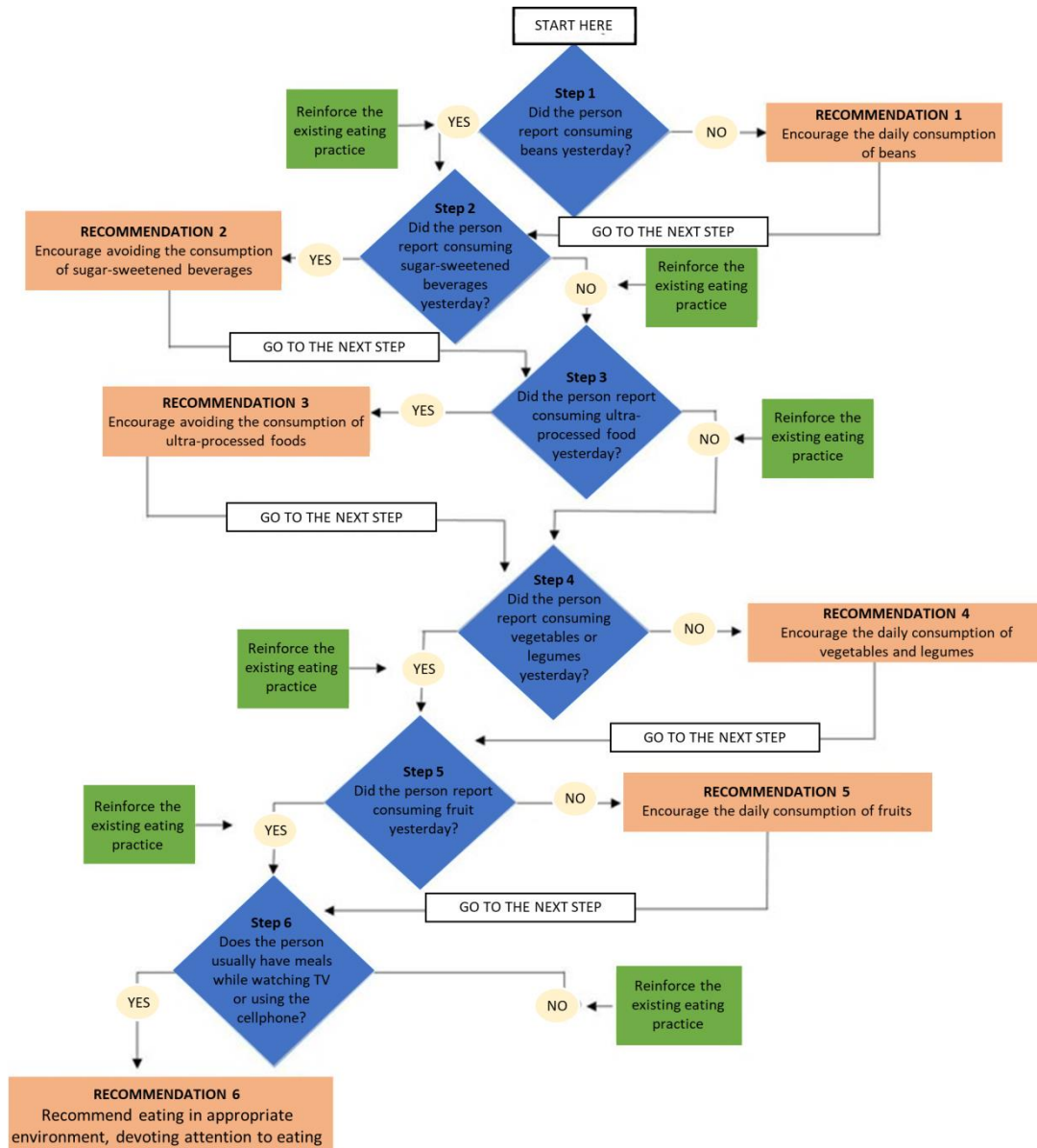
<b>Protocol item</b>	<b>Emerging topics</b>	<b>Sub-topics that supported reformulation</b>
<b>Introduction</b>	Nutritional assessment and availability of instruments	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recommending an anthropometric assessment only with body mass index.</li> <li>- Excluding guidance for assessing waist circumference considering regional difficulties due to lack of adequate instruments.</li> </ul>
<b>How to use the protocol</b>	Flowchart	- Reformulating the flowchart for its use as a continuous process instead of sequential steps in a single appointment.
	Equity	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Need for healthcare professionals to learn the reality of their territory and family context before providing dietary guidance.</li> <li>- Introducing adjustments to favor feasible and equitable dietary guidelines.</li> </ul>
	Public FNS instruments in the territory	- Establishing guidelines for activating public services in cases of food and nutritional insecurity and social vulnerability of users.
<b>Ultra-processed foods</b>	Energy consumption	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pursuing caloric restriction through qualitative changes in food.</li> <li>- Replacing ultra-processed foods by <i>in natura</i> and minimally processed foods.</li> </ul>
<b>Appropriate environments</b>	Consumption	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Valuing the three main daily meals (breakfast, lunch, and dinner).</li> <li>- Encouraging eating healthy snacks, if necessary.</li> </ul>
<b>Additional guidance</b>	Alcoholic beverages	- Underscoring the harm caused by alcohol consumption to health and body weight.
	Cooking skills	- Using cooking ingredients (oil, fat, salt, and sugar) in small amounts when preparing meals.
	Consumption	- Encouraging the consumption of eggs, considering their lower cost compared to meat.

Figure 2. Validated flowchart of the Protocol for the use of the Brazilian Dietary Guidelines in the dietary guidance of adults with obesity, Brazil, 2021



## SUPPLEMENTARY MATERIAL

Supplementary material 1. Initial flowchart of the *protocol for the use of the Brazilian dietary guidelines in the dietary guidance of adults with obesity, Brazil, 2021.*



## 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O protocolo foi validado, demonstrando que o estudo apresenta relevância para o cuidado das pessoas com obesidade na APS a nível nacional, considerando sua importância frente à lacuna de inexistência de instrumentos que subsidiassem a condução de orientações nutricionais realizadas pelos profissionais da APS aos usuários.

A validação de conteúdo e validação aparente associadas atribuiu maior qualidade ao instrumento, pois reuniu a análise de profissionais *experts* na temática, com a validação por profissionais atuantes na assistência à saúde de pessoas com obesidade, podendo correlacionar a teoria e a prática no processo de construção de orientações para o cuidado mais assertivo e resolutivo.

Alguns pontos podem ser adicionados em estudos futuros, como a necessidade de avanço da lógica do cuidado multiprofissional, ainda presente como orientação nos documentos oficiais de cuidado da obesidade, para o cuidado interprofissional. Dada à intensa complexidade tão descrita no presente estudo, ações realizadas por equipes multiprofissionais mesmo que de extrema relevância são limitadas, considerando que não necessariamente haverá integração entre os saberes profissionais, como acontece nas equipes que atuam de forma interprofissional. Os avanços não só nos conceitos, mas nas práticas podem aprimorar estudos futuros na compreensão da multifatorialidade frente às diferenças quando o cuidado se dá em equipes integradas e que trabalham com uma lógica interprofissional e não apenas com a junção de categorias diversas atuando separadamente sob uma mesma problemática. Inclusive no que se refere à utilização ampla do protocolo validado no presente estudo.

Outro ponto relevante é que a inclusão da interseccionalidade no contexto do cuidado da obesidade nos diversos níveis de atenção, especialmente na APS. Sendo importante não só do ponto de vista do cuidado, mas é um imperativo ético, quando é sabido que pessoas pobres, negras e do sexo feminino são mais vulneráveis ao desenvolvimento da obesidade. Não é suficiente detalhar números e prevalência sem destacar tais estratos sociais, que são marcadores de desigualdade e iniquidades em saúde. Logo, também precisam compor o cenário das orientações alimentares direcionadas às pessoas com obesidade. O que reforça que dados numéricos não são vazios de significado social. E, logo, precisam ser setorizados e contextualizados.

O GAPB iniciou um processo importante de mudança de paradigma na PAAS, e conseqüentemente no cuidado da obesidade. Mas, é necessária atenção contínua para

construção de orientações alimentares condizentes com a realidade vivida das pessoas, e livre de estigma. E isso só é efetivamente possível quando o cuidado é construído com as pessoas e não para as pessoas com obesidade, para que a orientação faça sentido para quem as recebe, fortalecendo o controle e a participação social. Para que as estratégias de manejo da obesidade não sejam apenas uma reprodução de outras já bem conhecidas, mas que surtem pouco ou nenhum efeito sobre um problema de magnitude social, econômica, cultural como a obesidade por não considerarem o indivíduo com obesidade em suas múltiplas complexidades.

## 9. REFERÊNCIAS

ABOUEID, S *et al.* Current Weight Management Approaches Used by Primary Care Providers in Six Multidisciplinary Healthcare Settings in Ontario. **Can J Nurs Res.** v. 50, n. 4, 2018. Disponível em: doi: 10.1177/0844562118769229. Acesso em 27 set.2022.

ALBERTO, NSMC *et al.* Disponibilidade de estrutura e das atividades profissionais da Atenção Primária à Saúde correspondentes à Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade no estado do Piauí. **Saúde em Debate**, v. 46, n. 133 , pp. 405-420, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213311>. Acesso em: 23 out. 2022.

ALEXANDRE, NMC; COLUCI, MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Cienc e Saude Coletiva**, v.16, n. 7, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800006>. Acesso em: 11 jul. 2022.

BARDIN, L. Content analysis. 5ªed. Portugal: Edições, 2008.

BLACKBURN, M *et al.* Raising the topic of weight in general practice: Perspectives of GPs and primary care nurses. **BMJ Open.** v.5, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008546>. Acesso em: 01 set. 2022.

BONACCIO, M *et al.* Joint association of food nutritional profile by Nutri-Score front-of-pack label and ultra-processed food intake with mortality: Moli-sani prospective cohort study. **BMJ**, v. 378, 2022. Disponível em: doi:10.1136/bmj-2022-070688. Acesso em: 15 set. 2022.

BOOTH, HP *et al.* Access to weight reduction interventions for overweight and obese patients in UK primary care: Population-based cohort study. **BMJ Open**, v. 5, n. 1, p. 1–6, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006642>. Acesso em: 02 set. 2022.

BORTOLINI, GA *et al.* Guias alimentares: estratégia para redução do consumo de alimentos ultraprocessados e prevenção da obesidade. **Revista panamericana de salud publica;Pan American journal of public health**, vol. 43, 2019. Disponível em: doi:10.26633/RPSP.2019.59. Acesso em: 20 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), 2010. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html)>. Acesso em: 23 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 424, de 19 de Março de 2013**. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424\\_19\\_03\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html). Acesso em: 20 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2. ed., 1. reimpr. Brasília : Ministério da Saúde, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade**, vol. 38. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família Brasília: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014c. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014**. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado, 2014a. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483\\_01\\_04\\_2014.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html). Acesso em: 23 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade Federal de Minas Gerais. **Instrutivo: metodologia de trabalho em grupos para ações de alimentação e nutrição na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html); Acesso em: 15 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Contribuições dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família para a Atenção Nutricional**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/contribuicoes\\_saude\\_familia\\_atencao\\_nutricional.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/contribuicoes_saude_familia_atencao_nutricional.pdf). Acesso em: 12 set. 2022.

BRASIL. Conselho Federal de Nutricionistas. **Resolução CFN nº 599, de 25 de Fevereiro de 2018**. Aprova o Código de Ética e de Conduta do Nutricionista e dá outras providências. Diário Oficial da União. 26 fev. 2018.



BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Portaria nº 2.979 de 12 de novembro de 2019**. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Brasília: Ministério da Saúde, 2019a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade de São Paulo. **Manual instrutivo:** implementando o guia alimentar para a população brasileira em equipes que atuam na Atenção Primária à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2019b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde. **Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS)- versão profissionais de saúde e gestores - completa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Situação alimentar e nutricional no Brasil:** excesso de peso e obesidade da população adulta na Atenção Primária à Saúde. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2020a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde. Coordenação de Gestão de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas do sobrepeso e obesidade em adultos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Nota Técnica Nº 3/2020-DESF/SAPS/MS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linhas de cuidado:** obesidade no adulto, 2020d. Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/obesidade-no-adulto/unidade-de-atencao-primaria/>. Acesso em 19 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2021:** vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: 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 2021a. Brasília: Ministério da Saúde, 2021a. Disponível em: <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/view>. Acesso em: 05 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade Federal de Minas Gerais. **Instrutivo de Abordagem Coletiva para manejo da obesidade no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021b. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/instrutivo\\_abordagem\\_coletiva.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/instrutivo_abordagem_coletiva.pdf). Acesso em: 28 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade Federal de Minas Gerais. **Instrutivo para manejo da obesidade no Sistema Único de Saúde:** caderno de atividades educativas. Brasília : Ministério da Saúde, 2021c. Disponível em:

[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/instrutivo\\_manejo\\_obesidade.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/instrutivo_manejo_obesidade.pdf). Acesso em: 28 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030**. Brasília : Ministério da Saúde; 2021d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde**. Brasília : Ministério da Saúde, 2022a. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_atencao\\_pessoas\\_sobrepeso\\_obesidade.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf). Acesso em: 27 set. 2022.

BRASIL. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde. **Protocolos e Diretrizes**, 2022b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Matriz para Organização dos Cuidados em Alimentação e Nutrição na Atenção Primária à Saúde**. Brasília : Ministério da Saúde, 2022c. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/matriz\\_organizacao\\_cuidados\\_alimentacao\\_aps.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/matriz_organizacao_cuidados_alimentacao_aps.pdf). Acesso em: 27 set.2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Universidade de Brasília. **Protocolo de Uso do Guia Alimentar para a População Brasileira: Orientação alimentar de pessoas adultas com obesidade**. vol. 2. Brasília: Ministério da Saúde, 2022d. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/volume2\\_protocolos\\_alimentar\\_adultas\\_obesidade.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/volume2_protocolos_alimentar_adultas_obesidade.pdf). Acesso em 27 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Universidade de Brasília. **Orientação alimentar de pessoas adultas com obesidade, hipertensão arterial e diabetes mellitus: bases teóricas e metodológicas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/fasciculo1\\_protocolos\\_alimentar\\_adultas\\_obesidade.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/fasciculo1_protocolos_alimentar_adultas_obesidade.pdf). Acesso em 27 set. 2022.

BURLANDY, L *et al*. Modelos de assistência ao indivíduo com obesidade na atenção básica em saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 3 , 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00093419>. Acesso em: 28 set. 2022.

CATERSON, ID *et al*. Gaps to bridge: Misalignment between perception, reality and actions in obesity. **Diabetes Obes Metab**, v.21, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/dom.13752>. Acesso em: 20 set. 2022.

COLLINS, PH. Se perdeu na tradução?. **Parágrafo**, v. 5, n. 1, p. 6–17, 2017.

CRENSHAW, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Revista Estudos Feministas**, v. 10, n. 1, p. 171–188, 2002.

ENG, CW *et al.* Dietary practices, food purchasing, and perceptions about healthy food availability and affordability: a cross-sectional study of low-income Malaysian adults. **BMC Public Health**, v. 28,n.22, v.1, 2022. Disponível em: 10.1186/s12889-022-12598-y. Acesso em: 24 set. 2022.

ESTIVALETI, JM *et al.* Time trends and projected obesity epidemic in Brazilian adults between 2006 and 2030. **Scientific Reports**, v. 12, n. 1, p. 1–8, 2022. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41598-022-16934-5>. Acesso em: 04 set. 2022.

FAO *et al.* **Versión resumida de El Estado de la Seguridad Alimentaria y la Nutrición en el Mundo 2022**: adaptación de las políticas alimentarias y agrícolas para hacer las dietas saludables más asequibles. Roma: FAO, 2022. Disponível em: <https://www.fao.org/3/cc0640es/cc0640es.pdf>. Acesso em: 15 ago.2022.

FRENCH, SA *et al.* Nutrition quality of food purchases varies by household income: the SHoPPER study. **BMC Public Health**, v. 19, n.231, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6546-2>. Acesso em: 25 set. 2022.

GALLAGHER, C *et al.* Weight Can't Wait: A Guide to Discussing Obesity and Organizing Treatment in the Primary Care Setting. **Obesity**, v. 29, p.821-824, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/oby.23154>. Acesso em 23 out. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2017-2018**: avaliação nutricional da disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101704.pdf>. Acesso em: 20 set 2022.

JAVED, Z *et al.* Social determinants of health and obesity: Findings from a national study of US adults. **Obesity (Silver Spring)**, v.30, p. 491–502, 2022. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/oby.23336>. Acesso em: 20 set. 2022.

JESUS, JGL *et al.* O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família voltado às pessoas com sobrepeso e obesidade em São Paulo. **Saúde em Debate**, v. 46, n. 132, p. 175-187, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213212>. Acesso em 23. out. 2022.

KIMBERLI, CL; WINTERSTEIN, AG. Validity and reliability of measurement instruments used in research. **Am J Heal Pharm**, v. 65, n.23, 2008. Disponível em: 10.2146/ajhp070364. Acesso em: 30 fev. 2022.

KUDEL, I *et al.* The association between body mass index and health and economic outcomes in Brazil. **Diabetol Metab Syndr**, v.10, n.20, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13098-018-0322-9>. Acesso em 05 set. 2022.

KYRILLOS, GM. A critical analysis of the background of intersectionality. **Revista Estudos Feministas**, v. 28, n. 1, p. 1–12, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2020v28n156509>. Acesso em: 05 ago. 2022.

LEUNG, CW *et al.* Food insecurity and ultra-processed food consumption: the modifying role of participation in the Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP). **The American Journal of Clinical Nutrition**, v.116, n.1, p.197–205, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqac049>. Acesso em: 20 set. 2022.

- LEVY, RB *et al.* Three decades of household food availability according to NOVA - Brazil, 1987-2018. **Rev Saude Publica**, v.8, n.56, 2022. Disponível em: doi: 10.11606/s1518-8787.2022056004570. Acesso em: 15 set. 2022.
- LOCH, MR *et al.* Desenvolvimento e validação de um instrumento para avaliar intervenções em relação aos princípios da Promoção da Saúde. **Epidemiol Serv Saude**, v.30, n.3, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-49742021000300005>. Acesso em: 05 ago. 2022.
- LOPES, MS *et al.* Challenges for obesity management in a unified health system: The view of health professionals. **Fam Pract**, v.38, n.1, 2021. Disponível em: 10.1093/fampra/cmaa117. Acesso em: 01 set. 2022.
- LOUZADA, ML *et al.* Changes in Obesity Prevalence Attributable to Ultra-Processed Food Consumption in Brazil Between 2002 and 2009. **Int J Public Health**, v.20, n.67, 2022a. Erratum in: **Int J Public Health**. 2022 Aug 08, n.67. Disponível em: doi: 10.3389/ijph.2022.1604103. Acesso em: 10 set 2022.
- LOUZADA, MLDC *et al.* Developing a protocol based on the Brazilian Dietary Guidelines for individual dietary advice in the primary healthcare: Theoretical and methodological bases. **Fam Med Community Heal**, v. 10, n. 1, 2022b. Disponível em: . Acesso em: 15 jun. 2022.
- MCHALE, CT. An analysis of directly observed weight communication processes between primary care practitioners and overweight patients. **Patient Educ Couns**. v.102, n.12, 2019. Disponível em: 10.1016/j.pec.2019.07.010. Acesso em: 2 set. 2022.
- MAKOWSKI, AC *et al.* Social deprivation, gender and obesity: multiple stigma? Results of a population survey from Germany. **BMJ Open**, v. 9, n. 4. Disponível em: 10.1136/bmjopen-2018-023389. Acesso em 30 ago. 2022.
- MALATZKY, C; GLENISTE, K. Talking about overweight and obesity in rural Australian general practice. **Heal Soc Care Community**, v.27, n.3, 2019. Disponível em: 10.1111/hsc.12672. Acesso em 01 set. 2022.
- MAZZA, D *et al.* “90% of the time, it’s not just weight”: General practitioner and practice staff perspectives regarding the barriers and enablers to obesity guideline implementation. **Obes Res Clin Pract**, v.13, n.4, 2019. Disponível em: doi: 10.1016/j.orcp.2019.04.001. Acesso em: 01 set. 2022.
- MENDES, LL *et al.* Fatores individuais e ambientais associados ao excesso de peso na população urbana do Brasil. **BMC Saúde Pública**, v.13, n. 988, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00119618>. Acesso em: 20 set. 2022.
- MENON, K *et al.* Estimating the benefits of obesity prevention on productivity: an Australian perspective. **Int J Obes**, v. 46, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41366-022-01133-z>. Acesso em: 15 set. 2022.
- MONTANARI, M. **Comida como cultura**. 2ª ed. São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2013.
- MONTEIRO, C *et al.* Ultra-processed foods: What they are and how to identify them. **Public Health Nutrition**, v.22, n.5, p.936-941, 2019. Disponível em: doi:10.1017/S1368980018003762. Acesso em: 20 set. 2022.

NILSON, EAF *et al.* Costs attributable to obesity, hypertension, and diabetes in the Unified Health System, Brazil, 2018. **Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health**, v. 44, p. 1–7, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32284708/>. Acesso em: 20 ago. 2022.

O'KEEFFE, M *et al.* Knowledge gaps and weight stigma shape attitudes toward obesity. **Lancet Diabetes Endocrinol**, v.8, n.5, 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(20\)30073-5](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(20)30073-5). Acesso em: 27 set. 2022.

OKUNOGBE, A *et al.* Economic impacts of overweight and obesity: current and future estimates for eight countries. **BMJ Global Health**, v. 6, 2021. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2021-006351>. Acesso em: 28 set. 2022.

OKUNOGBE, A *et al.* Economic impacts of overweight and obesity: current and future estimates for 161 countries. **BMJ Global Health**, v.7, 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2021-006351>. Acesso em: 28 set. 2022.

PAIM, MB; KOVALESKI, DF. Análise das diretrizes brasileiras de obesidade: patologização do corpo gordo, abordagem focada na perda de peso e gordofobia. **Saúde e Sociedade**, v. 29, n. 1, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190227>. Acesso em: 15 set. 2022.

PASQUALI, L. Psicometria. **Rev da Esc Enferm da USP**, v. 43, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000500002>. Acesso em: 30 fev. 2022.

PASQUALI, L. **Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação**. Petrópolis: Vozes, 2013.

PATTON, M. **Qualitative research & evaluation methods**. Thousand Oaks: Sage, 2002.

POLIT, DF; BECK, CT; HUNGLER, BP. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

POLIT, DF; BECK, CT. The Content Validity Index: Are You Sure You Know What's Being Reported? Critique and Recommendations. **Research in Nursing & Health**, v.29, 2006. Disponível em:

POLIT, DF. Assessing measurement in health: Beyond reliability and validity. **Int J Nurs Stud**, v. 52, n.11, 2015. Disponível em: [doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.07.002](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.07.002). Acesso em: 30 fev. 2022.

POLIT, DF; BECK, CT. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 9ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

POU, SA *et al.* Sociodemographic Disparities and Contextual Factors in Obesity: Updated Evidence from a National Survey of Risk Factors for Chronic Diseases. **Public Health Nutrition**, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S1368980021004924>. Acesso em: 10 set. 2022.

POULAIN, JP. Sociologias da alimentação: os comedores e o espaço social alimentar. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2004.

RAMOS, DBN *et al.* Propostas governamentais brasileiras de ações de prevenção e controle do sobrepeso e obesidade sob perspectiva municipal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 6, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00116519>. Acesso em: 23 out. 2022.

RALSTON, J *et al.* Time for a new obesity narrative. **The Lancet**, v.392, n. 10156, 2018. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32537-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32537-6). Acesso em: 15 ago. 2022.

RAUBER, F *et al.* Ultra-processed food consumption and risk of obesity: a prospective cohort study of UK Biobank. **Eur J Nutr**, v.60, n.4, p.2169-2180. Disponível em: 10.1007/s00394-020-02367-1. Acesso em: 01 ago. 2022.

RAMAMOORTHY, T *et al.* Regional estimates of noncommunicable diseases associated risk factors among adults in India: results from National Noncommunicable Disease Monitoring Survey. **BMC public health**, v. 22, n.1, 2022. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9150326/>. Acesso em: 27 set. 2022.

ROBINSON, E *et al.* The role of health-based food choice motives in explaining the relationship between lower socioeconomic position and higher BMI in UK and US adults. **Int J Obes**, v.46, p. 1818–1824, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41366-022-01190-4>. Acesso em: 25 ago. 2022.

ROTH, G *et al.* Global, regional, and national age-sex-specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. **The Lancet**, v. 392, n. 10159, p. 1736–1788, 2018. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32203-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32203-7). Acesso em: 05 Ago. 2022.

RUBINO, F *et al.* Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. **Nat Med**, v. 26, n.4, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32127716/>. Acesso em: 20 ago. 2022.

RUBIO, DMG *et al.* Objectifying content validity: Conducting a content validity study in social work research. **Soc Work Res**, v. 27, n.2, 2003. Disponível em:

SILVA, Fernanda Maria Oliveira da *et al.* Fatores ambientais associados à obesidade em população adulta de um município brasileiro de médio porte. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 5, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00119618>. Acesso em: 04 set. 2022.

SOUZA, AC *et al.* Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. **Epidemiol Serv Saude**, v. 26, n.3, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000300022>. Acesso em: 20 jul. 2022.

STREINER, DL *et al.* **Health Measurement Scales: A practical guide to their development and use.** 5. ed. Oxford: Oxford University Press, 2014.

PRIORE, MD; AMANTINO, M. **História do corpo no Brasil.** São Paulo: Editora Unesp, 2011.

SANTOS, LAS. **O corpo, o comer e a comida:** um estudo sobre as práticas corporais alimentares cotidianas a partir da cidade de Salvador - Bahia. Salvador: EDUFBA, 2008.

SUMIŃSKA, M *et al.* Historical and cultural aspects of obesity: From a symbol of wealth and prosperity to the epidemic of the 21st century. **Obesity Reviews**. v.23, n.6, 2022 Disponível em: doi:10.1111/obr.13440. Acesso em: 10 Set. 2022.

SWINBURN, BA *et al.* The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report. **Lancet**, n.23, v.393, p. 91-846. Erratum in: **Lancet**. 2019 n.23, v.393, p. 746. Disponível em: doi: 10.1016/S0140-6736(18)32822-8.

WANG, L *et al.* Association of ultra-processed food consumption with colorectal cancer risk among men and women: results from three prospective US cohort studies. **BMJ**, n.378, 2022. Disponível em: doi:10.1136/bmj-2021-068921. Acesso em: 08 set. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Time to Deliver:** report of the WHO Independent High-level Commission on Noncommunicable Disease. Geneva: WHO, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Obesity:** preventing and managing the global epidemic: Report of a WHO Consultation on Obesity. Geneva: WHO, 2000. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42330>. Acesso em: 02 ago. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Obesity and Overweight.** Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>. Acesso em: 10 set. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **It's time to walk the talk:** WHO independent high-level commission on noncommunicable diseases final report. Geneva: WHO, 2019. Disponível em: <https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/WHO%20NCDs%20final%20report.pdf>, Acesso em: 20 set. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Noncommunicable diseases progress monitor 2020.** Geneva: WHO, 2020. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330805/9789240000490-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 20 set. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World health statistics 2022:** monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: WHO, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240051157>. Acesso em: 23 set.2022.

WORLD OBESITY FEDERATION. **World Obesity Atlas 2022.** In: OBESITY, World (org.). World Obesity, 2022a. Disponível em: Acesso em: 20 ago. 2022.

WORLD OBESITY FEDERATION. **Brazil:** Economic impact of overweight and obesity. World Obesity, 2022b. Disponível em: <https://data.worldobesity.org/economic-impact-new/countries/BR.pdf>. Acesso em: 20 set. 2022.

XIAO, Q *et al.* Neighborhood Socioeconomic Deprivation and Weight Change in a Large U.S. Cohort. **Am J Prev Med**, v.52. n. 6, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5438759/>. Acesso em: 26 set. 2022.

XIAO, Q *et al.* Associação de Trajetórias Econômicas de Vizinhaça com Mudanças no Status de Peso entre Adultos Negros e Brancos no Sudeste dos EUA. **JAMA Netw Open**, v. 5, .9, 2022. Disponível em: doi:10.1001/jamannetworkopen.2022.30697. Acesso em: 23 set. 2022.



## 10. APÊNDICES

### APÊNDICE A – INSTRUTIVO PARA PAINEL DE JUÍZES E FORMULÁRIO ELETRÔNICO

#### Instrutivo para painel de juízes

No presente projeto de pesquisa pretende-se validar o conteúdo de um **Protocolo de Uso do Guia Alimentar para a População Brasileira na Orientação Alimentar de Pessoas com Obesidade**, visando apoiar e qualificar o uso do instrumento na prática de profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS).

Amplamente descrita na área da psicometria, a metodologia mais utilizada em validações de conteúdo é a de painel de juízes, que consiste em uma análise feita por especialistas nos referenciais teóricos adotados, na qual se costuma avaliar aspectos como clareza e pertinência de cada item de uma mensuração. No caso deste protocolo foram convidados especialistas nas áreas de nutrição e endocrinologia, atuantes em diversas universidades e regiões do país, que avaliarão a clareza e a pertinência dos itens de cada uma das recomendações propostas no referido protocolo (Streiner and Norman, 2014; DeVellis, 2012; Rubio et al, 2003; Pasquali, 2003; Nunnaly et al, 1994).

Nesse painel de juízes, os especialistas avaliarão os aspectos supracitados para cada recomendação que compõe o protocolo, bem como para o fluxograma proposto. Para isso, recomenda-se a leituras do Fascículo 1, da síntese de evidências e a do próprio protocolo encaminhados juntamente com este instrutivo.

O painel de juízes acontecerá de forma virtual, inicialmente com o preenchimento do formulário de avaliação do protocolo proposto, e posteriormente com a realização de uma oficina online.

O formulário de avaliação do protocolo indicará:

- 1) **Clareza:** se descrição da recomendação está suficientemente clara e compreensível para ser utilizada por diferentes profissionais e nos diversos cenários da APS;
- 2) **Pertinência:** se a recomendação é pertinente para compor o Protocolo de Uso do Guia Alimentar na Orientação Alimentar de Pessoas com Obesidade perante o objetivo ao qual ela se propõe;

O **preenchimento do formulário de avaliação** deve ser realizado em quatro etapas, descritas a seguir:

**ETAPA 1** – Avalie a clareza de cada componente do protocolo com base na legenda abaixo.

A clareza refere-se ao quanto o item está claro para permitir a sua compreensão nos diversos cenários da APS.

CLAREZA DO ITEM:

1 = o item não está claro;

2 = maiores revisões são necessárias para tornar o item claro;

3 = pequenas revisões são necessárias para tornar o item claro; 4 = o item está claro.

**ETAPA 2** – Avalie a pertinência de cada componente do protocolo com base na legenda abaixo.

A pertinência refere-se ao quanto o item atende aos objetivos que o protocolo se propõe. **PERTINÊNCIA DO ITEM:**

1 = o item não é pertinente;

2 = maiores revisões são necessárias para tornar o item pertinente;

3 = pequenas revisões são necessárias para tornar o item pertinente; 4 = o item é pertinente.

**ETAPA 3** – Quando não considerar o componente claro ou pertinente (pontuação igual ou inferior a 3 para esses atributos), apresente uma justificativa nos campos indicados.

**ETAPA 4** – Apresente sugestões e considerações gerais sobre o protocolo como um todo, se houver.

Todos os materiais enviados podem ser consultados durante o procedimento de preenchimento deste instrumento. Após avaliar todos os itens de todas as recomendações, o especialista é convidado a contribuir com comentários e sugestões gerais em relação ao protocolo como um todo em espaço apropriado ainda no formulário de validação.

Após enviar o formulário preenchido, o especialista está convidado a participar da oficina online, na qual os especialistas poderão interagir, trocar e expressar verbalmente suas impressões e sugestões sobre o Protocolo de Uso do Guia Alimentar na Orientação Alimentar de Pessoas com Obesidade.

Agradecemos desde já por sua colaboração!

## APÊNDICE B – INSTRUTIVO AOS PROFISSIONAIS DAS LEITURAS E PARTICIPAÇÃO NA OFICINA

### **Instrutivo para oficina com profissionais de saúde**

No presente projeto pretende-se validar um **Protocolo de uso do Guia Alimentar para a População Brasileira na orientação alimentar de pessoas com obesidade**, visando apoiar e qualificar o uso do Guia Alimentar na prática de profissionais não nutricionistas da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil.

Na presente etapa, da **validade aparente**, são necessários profissionais da APS revendo os conteúdos que foram elaborados e validados por nutricionistas, para avaliar se eles estão suficientemente claros para serem utilizados na prática. Assim, será conduzida uma oficina com convidados considerados potenciais usuários do instrumento (profissionais de saúde que estão atuando na APS, em diferentes regiões do país), mediados por pesquisadores membros da equipe técnica do projeto.

Nessa oficina, os profissionais de saúde discutirão sobre a estrutura, a possibilidade de uso, a clareza dos itens e a utilidade do protocolo. Para isso, recomenda-se as leituras do **Fascículo 1, do sumário executivo da síntese de evidências** e, principalmente, do **próprio protocolo para adultos com obesidade** encaminhados juntamente com este instrutivo.

A avaliação do protocolo acontecerá de forma virtual com a realização da oficina online, ocasião em que os profissionais poderão interagir, trocar e expressar verbalmente suas impressões e sugestões sobre o instrumento. Sugerimos que os profissionais leiam o protocolo e anote as principais questões para expor durante a oficina.

Agradecemos desde já por sua colaboração!

Prof. Dra. Vivian Siqueira Santos Gonçalves  
Grupo de Pesquisas e Nutrição e Saúde  
Departamento de Nutrição  
Universidade de Brasília - UnB

## APÊNDICE C – TERMOS DE CONSENTIMENTO

### *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – Validação de Conteúdo*

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar voluntariamente do projeto de pesquisa *Protocolos de Uso do Guia Alimentar para a População Brasileira para orientação alimentar de pessoas adultas com obesidade, hipertensão arterial e diabetes mellitus*, sob a responsabilidade da pesquisadora *Vivian Siqueira Santos Gonçalves*. O projeto visa *colaborar com as práticas de orientação alimentar a pessoas com doenças crônicas não transmissíveis acompanhadas na Atenção Primária à Saúde (APS)*. O objetivo desta pesquisa é *elaborar Protocolos de Uso do Guia Alimentar para a População Brasileira a serem empregados na orientação alimentar de pessoas com obesidade, hipertensão arterial e diabetes mellitus por profissionais não nutricionistas na APS*.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação se dará por meio da etapa denominada “*Validação do Conteúdo*” em duas fases sendo a primeira pela resposta a este questionário online e a segunda por meio de uma reunião online para que possamos ouvir suas sugestões qualitativas a respeito do instrumento a ser validado. Validação significa certificar se as pessoas estão entendendo as orientações do instrumento e que ele faz recomendações adequadas em relação à qualidade da alimentação segundo as recomendações do Guia Alimentar. A validação de conteúdo objetiva identificar se cada um dos itens que compõem o instrumento está adequado à dimensão que pretende medir. Para a realização da primeira fase estimamos um tempo necessário de 20 minutos e para a segunda, 120 minutos. A melhor data e horário para a realização da segunda fase será informada posteriormente aos participantes, após consulta de disponibilidade àqueles que finalizarem a primeira fase.

Esta pesquisa envolve risco que não vai além do eventual desconforto relacionado à avaliação do instrumento, pela dificuldade de entendimento de algum aspecto, o que poderá ser minimizado pela disponibilidade da equipe em auxiliá-lo sempre que for preciso. Se o(a) senhor(a) aceitar participar, contribuirá para a existência e disponibilidade de instrumentos relacionados à orientação alimentar que apoiem os profissionais não nutricionistas no momento da consulta, capazes de melhorar a assistência ofertada na APS possibilitando maior segurança aos profissionais e maior esclarecimento aos usuários

O(a) Senhor(a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, ou participar de qualquer fase, podendo desistir em qualquer momento sem nenhum prejuízo. Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração. Não há qualquer despesa prevista para sua participação com deslocamentos ou aquisição de materiais, sendo necessária a utilização de computador ou celular e acesso à internet em seu próprio domicílio. Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, o(a) senhor(a) deverá buscar ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil. Os resultados da pesquisa serão divulgados pela Universidade de Brasília, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Professora *Vivian Siqueira Santos Gonçalves*, na Universidade de Brasília no telefone (61) 3107-1816 ou 98311-7919, disponível inclusive para ligação a cobrar, ou pelo e-mail *vivian.goncalves@unb.br*.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidas pelo telefone (61) 3107-1947 ou do e-mail *cepfs@unb.br* ou *cepfsunb@gmail.com*, horário de atendimento das 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs,

de segunda a sexta-feira. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte.

Solicitamos que o(a) Senhor(a) guarde em seus arquivos o e-mail com a cópia deste termo que receberá após a finalização e envio das respostas.

O(a) Senhor(a) leu o termo acima e se encontra devidamente esclarecido sobre a pesquisa: ( ) sim ( ) não

O(a) Senhor(a) está de acordo com o termo e deseja participar da pesquisa? ( ) sim ( ) não

### ***Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – Validação Aparente***

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar voluntariamente do projeto de pesquisa *Protocolos de Uso do Guia Alimentar para a População Brasileira para orientação alimentar de pessoas adultas com obesidade, hipertensão arterial e diabetes mellitus*, sob a responsabilidade da pesquisadora *Vivian Siqueira Santos Gonçalves*. O projeto visa *colaborar com as práticas de orientação alimentar a pessoas com doenças crônicas não transmissíveis acompanhadas na Atenção Primária à Saúde (APS)*. O objetivo desta pesquisa é *elaborar Protocolos de Uso do Guia Alimentar para a População Brasileira a serem empregados na orientação alimentar de pessoas com obesidade, hipertensão arterial e diabetes mellitus por profissionais não nutricionistas na APS*.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação se dará por meio da etapa denominada “*Validação Aparente*” de uma reunião online para que possamos ouvir suas sugestões qualitativas a respeito do instrumento a ser validado. Validação significa certificar se as pessoas estão entendendo as orientações do instrumento e que ele faz recomendações adequadas em relação à qualidade da alimentação segundo as recomendações do Guia Alimentar. A validação aparente tem como objetivo identificar se as orientações elaboradas estão sendo compreendidas por profissionais com perfil semelhantes ao público-alvo do instrumento. Para a realização da desta etapa estimamos um tempo necessário de 120 minutos.

Esta pesquisa envolve risco que não vai além do eventual desconforto relacionado à avaliação do instrumento, pela dificuldade de entendimento de algum aspecto, o que poderá ser minimizado pela disponibilidade da equipe em auxiliá-lo sempre que for preciso. Se o(a) senhor(a) aceitar participar, contribuirá para a existência e disponibilidade de instrumentos relacionados à orientação alimentar que apoiem os profissionais não nutricionistas no momento da consulta, capazes de melhorar a assistência ofertada na APS possibilitando maior segurança aos profissionais e maior esclarecimento aos usuários

O(a) Senhor(a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, ou participar de qualquer fase, podendo desistir em qualquer momento sem nenhum prejuízo. Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração. Não há qualquer despesa prevista para sua participação com deslocamentos ou aquisição de materiais, sendo necessária a utilização de computador ou celular e acesso à internet em seu próprio domicílio. Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, o(a) senhor(a) deverá buscar ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil. Os resultados da pesquisa serão divulgados pela Universidade de Brasília, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: *Professora Vivian Siqueira Santos Gonçalves*, na *Universidade de Brasília* no telefone (61) 3107-1816 ou 98311-7919, disponível inclusive para ligação a cobrar, ou pelo e-mail *vivian.goncalves@unb.br*.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidas pelo telefone (61) 3107-1947 ou do e-mail *cepfs@unb.br* ou *cepfsunb@gmail.com*, horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte.

Solicitamos que o(a) Senhor(a) guarde em seus arquivos o e-mail com a cópia deste termo que receberá após a finalização e envio das respostas.

O(a) Senhor(a) leu o termo acima e se encontra devidamente esclarecido sobre a pesquisa: ( ) sim ( ) não

O(a) Senhor(a) está de acordo com o termo e deseja participar da pesquisa? ( ) sim ( ) não

*Termo online de cessão de uso de imagem e/ou voz para fins científicos e acadêmicos*

**Protocolo de Pesquisa, CAAE 41310920.6.0000.0030, CEP/FS-UnB, aprovado em 11 de fevereiro de 2021.**

Por meio deste termo online, o participante do estudo “**Protocolos de Uso do Guia Alimentar para a População Brasileira para orientação alimentar de pessoas adultas com obesidade, hipertensão arterial e diabetes mellitus.**” de forma livre e esclarecida, cede o direito de uso das fotografias, vídeos e/ou voz adquiridos durante a realização de reunião online com sua participação no estudo, e autoriza a pesquisadora, *Vivian Siqueira Santos Gonçalves*, CPF 013.306.556-13, matrícula 1122100, bem como a Universidade de Brasília, responsáveis pelo trabalho a:

(a) utilizar e veicular as fotografias, vídeos e/ou voz obtidas durante sua participação em reuniões online do estudo Protocolos de Uso do Guia Alimentar para a População Brasileira para orientação alimentar de pessoas adultas com obesidade, hipertensão arterial e diabetes mellitus, para fim de compilação posterior dos assuntos discutidos por meio de atas, registros escritos e preenchimentos de formulários, sem qualquer limitação de número de inserções e reproduções, desde que essenciais para os objetivos do estudo, garantida a ocultação de identidade (mantendo-se a confidencialidade e a privacidade das informações), inclusive, mas não restrito a ocultação da face e/ou dos olhos, quando possível;

(b) veicular as fotografias, vídeos e/ou voz acima referidas na versão final do trabalho acadêmico, que será obrigatoriamente disponibilizado na página web da biblioteca (repositório) da Universidade de Brasília – UnB, ou seja, na internet, assim tornando-as públicas;

(c) utilizar as fotografias, vídeos e/ou voz na produção de quaisquer materiais acadêmicos, inclusive aulas e apresentações em congressos e eventos científicos, por meio oral (conferências) ou impresso (pôsteres e painéis);

(d) utilizar as fotografias, vídeos e/ou voz para a publicação de artigos científicos em meio impresso e/ou eletrônico para fins de divulgação, sem limitação de número de inserções e reproduções;

(e) no caso de imagens, executar livremente a montagem das fotografias, realizando cortes e correções de brilho e/ou contraste necessários, sem alterar a sua veracidade, utilizando-as exclusivamente para os fins previstos neste termo e responsabilizando-se pela guarda e pela utilização da obra final produzida;

(f) no caso da voz, executar livremente a edição e montagem do trecho, realizando cortes e correções necessárias, assim como de gravações, sem alterar a sua veracidade, utilizando-as exclusivamente para os fins previstos neste termo e responsabilizando-se pela guarda e pela utilização da obra final produzida.

O participante declara que está ciente que não haverá pagamento financeiro de qualquer natureza neste ou em qualquer momento pela cessão das fotografias, dos vídeos e/ou da voz, e que está ciente que pode retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma, salvo os materiais científicos já publicados.

É vedado ao(s) pesquisador(es) utilizar as fotografias, os vídeos e/ou a voz para fins comerciais ou com objetivos diversos da pesquisa proposta, sob pena de responsabilização nos termos da legislação brasileira. O(s) pesquisador(es) declaram que o presente estudo/pesquisa será norteado pelos normativos éticos vigentes no Brasil.

Concordando com o termo, o participante envia seu consentimento de forma online antes do início da reunião, por meio de formulário eletrônico que foi disponibilizado antes do evento. Os pesquisadores me enviarão cópia do presente termo por meio de e-mail.

Nome Completo: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

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

( ) Sim, concordo com o termo de cessão

( ) Não, não estou de acordo com o termo de cessão



## APÊNDICE D - MODIFICAÇÕES NO PROTOCOLO DE USO PÓS-OFFICINA DE VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO

<b>Legenda:</b> - Vermelho – trechos excluídos - Azul – trechos incluídos			
Seção	Pré-validação	Pós-validação	Justificativa
<b>Como utilizar o protocolo?</b>	Preencha o formulário de Marcadores de Consumo Alimentar para Uso na APS (SISVAN e/ou e-SUS). <b>Esse preenchimento no próprio sistema de informação também colabora com a implementação da Vigilância Alimentar e Nutricional em seu território!</b>	Peça permissão ao usuário para conversar sobre a alimentação dele e em caso afirmativo preencha o formulário Marcadores de Consumo Alimentar para Uso na APS. <b>A utilização do formulário deve seguir as recomendações padronizadas pelo Ministério da Saúde, disponíveis na página da estratégia e-SUS (<a href="https://aps.saude.gov.br/ape/esus/documentos/nt">https://aps.saude.gov.br/ape/esus/documentos/nt</a>), nas fichas da Coleta de Dados Simplificada–CDS (<a href="http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/esus/ficha_marcadores_alimentar_v3_2.pdf">http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/esus/ficha_marcadores_alimentar_v3_2.pdf</a>). O registro deve ser realizado em instrumentos das equipes de APS e dos usuários (como prontuários, formulários de informação vigentes e cadernetas de saúde), bem como no sistema de informação vigente (e-SUS-APS, SISVAN, sistema de informação próprio).O registro correto também colabora com a implementação da Vigilância Alimentar e Nutricional no território</b>	Reforçar a autonomia e participação ativa do usuário no assentimento ou não das orientações. Reforçar a estratégia de vigilância alimentar e nutricional através dos marcadores de consumo alimentar.
	Inclusão	Atenção: Antes de compartilhar com o usuário o que observou na alimentação dele e realizar orientações, peça permissão para isso.	Fortalecimento da autonomia e participação ativa dos usuários no seu cuidado. Estratégia de prevenção/combate ao estigma do peso.
	Realize as orientações alimentares propostas pelo fluxograma <b>seguindo as etapas.</b> Não há um número de orientações alimentares estabelecidas para cada consulta. O profissional tem autonomia para, em conjunto com o usuário, decidir o que será abordado e priorizado.	Realize as orientações alimentares propostas pelo fluxograma. Não há um número de orientações alimentares estabelecidas para cada consulta. <b>As orientações podem ser feitas gradativamente ao longo de mais de uma consulta, e pode ser que uma mesma orientação precise ser trabalhada em mais de uma consulta.</b> O profissional tem autonomia para, em conjunto com o usuário, decidir o que será abordado e priorizado.	Esclarecer que o fluxograma não necessita ser esgotado em um único atendimento. A priorização das orientações segue a demanda dos usuários. Desfazendo a ideia de etapas, e substituindo por um processo contínuo e cíclico.
	Atenção: Tente reconhecer e evitar o estigma	Atenção: Tente reconhecer o estigma do peso que pode se manifestar inconscientemente no momento de realizar as orientações alimentares <b>e caso o reconheça, repense a forma de</b>	Reforço da necessidade de prevenção e combate

	do peso que pode se manifestar inconscientemente e no momento de realizar as orientações alimentares	atender e orientar pessoas com obesidade. Do mesmo modo, tente perceber se a pessoa sofre estigma na sua vida social e, em caso positivo, faça uma escuta acolhedora e atenta de maneira que esse sofrimento possa se configurar como elemento a ser trabalhado.	ao estigma do peso E acolhimentos pelos profissionais em cenários que os usuários já tenham sido vítima de estigma.
	Inclusão	Importante! Evite se referir ao usuário como “obeso” e sim como “pessoa com obesidade”.	Estratégias para prevenção do estigma, pela adaptação da linguagem utilizada pelos profissionais.
	Fluxograma em etapas	O grupo de juízes demandou reformulação do fluxograma, com vistas a torná-lo visualmente mais atrativo. Sugeriram reforçar de que não é necessário realizar todas as orientações em uma única consulta.	A priorização das orientações segue a demanda dos usuários. Desfazendo a ideia de etapas, e substituindo por um processo contínuo e cíclico.
	Inclusão	Compartilhar com o usuário o que observou na alimentação dele e perguntar por qual aspecto ele prefere começar pode ser uma boa maneira de trabalhar as mudanças.	Fortalecimento de autonomia e participação ativa, bem como na construção de um plano de cuidado factível que considere a realidade dos usuários.
<b>Recomendação 1: Estimule o consumo diário de feijão</b>	Para reduzir o tempo de cozimento e facilitar a digestão dos grãos, oriente que o usuário deixe os grãos de molho antes do cozimento (de 6 a 12 horas). Se for possível, indique a utilização da panela de pressão para reduzir o tempo de cozimento.	- Para reduzir o tempo de cozimento e facilitar a digestão dos grãos, oriente que o usuário deixe os grãos de molho, <b>em água potável</b> , antes de cozinhar (de 6 a 12 horas) e troque a água uma vez nesse período. A água deve ser descartada e uma nova adicionada para o cozimento. Explique que esse procedimento possibilita a redução de substâncias que dificultam a digestão do feijão (o que reduz a formação de gases), a assimilação de algumas vitaminas e minerais também diminui o seu tempo de cozimento, gerando economia de gás ou luz, além de deixar o feijão mais macio e com caldo mais grosso. - Se for possível, indique a utilização da panela de pressão para reduzir o tempo de cozimento e aponte os cuidados necessários para o uso seguro. - No caso do grão-de-bico, lembre que não é necessário retirar a casca (que, inclusive, é bastante nutritiva), porém, caso a pessoa relate dificuldades na digestão, é possível e rápido fazer essa retirada. Depois de cozidos, deve colocá-los de molho em água quente por aproximadamente 10 minutos e quando a água esfriar, esfregá-los entre as palmas das mãos que a casca sairá facilmente.	Inclusão de estratégias de técnica e dietética, considerando a necessidade de clarificação da orientação, para subsidiar a execução pelos usuários.
	Atenção para a quantidade de sal,	Atenção para a quantidade de óleo e sal uso de temperos industrializados, carnes salgadas e embutidos (como linguiça,	Considerando a utilização excessiva

	<p>uso de temperos industrializados, carnes salgadas e embutidos (como linguiça, carne de sol e toucinho), utilizados na preparação do feijão. Estimule o uso de temperos naturais (como cheiro-verde, alho, cebola, manjericão, pimenta do reino, cominho, louro, hortelã, jambu, orégano, coentro, alecrim, pimentão, tomate, <b>entre outros</b></p>	<p>carne de sol e toucinho), utilizados na preparação do feijão. Estimule o uso de temperos naturais (<b>por exemplo</b>: cheiro-verde, alho, cebola, manjericão, pimenta do reino, cominho, louro, hortelã, jambu, orégano, coentro, alecrim, pimentão, tomate).</p>	<p>de óleo pela população, inclui-se para evidenciar a necessidade de redução. Exclusão do termo entre outros, visando reduzir margem para que outros tipos de temperos que não venham a incluir-se na categoria proposta causem confusão aos profissionais.</p>
	<p>Algumas pessoas relatam não ter habilidade para o preparo do feijão. Nesse caso, comente (e isso vale para homens e mulheres) que o preparo, embora possa ser um pouco demorado, é muito simples. Se possível, procure uma receita junto ao usuário ou estimule que ele busque em livros ou páginas na internet ou mesmo que aprenda com quem já sabe.</p>	<p>Algumas pessoas relatam não ter habilidade para o preparo do feijão. Nesse caso, comente (e isso vale para homens e mulheres) que o preparo, embora possa ser um pouco demorado, é muito simples. <b>E ainda que, se feito em grande quantidade e armazenado adequadamente, pode poupar tempo e ajudar a organizar as refeições da semana.</b> Se possível, procure uma receita junto ao usuário ou estimule que ele busque em livros ou páginas na internet ou mesmo que aprenda com quem já sabe, podendo <b>ser da própria família ou até da sua comunidade (como os vizinhos).</b> Nessa busca, <b>aconselhe ao usuário a dar preferência por receitas que levam temperos naturais e não requerem a adição de carnes gordurosas ou embutidos no feijão.</b></p>	<p>Reforço da culinária enquanto prática emancipatória, e estratégias para potencialização de seguimento como planejamento, preparo e reforço de habilidades culinárias.</p>
<p><b>Recomendação 2: Oriente que se evite o consumo de bebidas adoçadas</b></p>	<p>Oriente que as pessoas evitem o consumo de bebidas adoçadas, tais como refrigerante, suco e água de coco de caixinha, suco em pó, refrescos e xaropes de guaraná ou groselha (também</p>	<p>Oriente que as pessoas evitem o consumo de bebidas adoçadas, tais como refrigerante, suco e água de coco de caixinha, suco em pó, refrescos, bebidas achocolatadas, <b>chá mate industrializado</b> e xaropes de guaraná ou groselha (também chamadas de bebidas ultraprocessadas).</p>	<p>Inclusão para aumentar os exemplos considerando as diversas regiões do país.</p>

	chamadas de bebidas ultraprocessadas).		
	Inclusão	(podendo ter rodelas de limão, casca de abacaxi, frutas, gengibre ou folhas de hortelã, <b>dentre outras possibilidades de acordo com a preferência do usuário</b> ).	Visando ampliar as possíveis opções, sem criar limitações apenas para as apresentadas.
	Água de coco natural, café e chás naturais podem ser consumidos, desde que com moderação e preferencialmente sem a adição de açúcar ou com o mínimo possível.	- Chás naturais ( <b>quentes ou gelados</b> ) e café podem ser consumidos, preferencialmente sem a adição de açúcar ou com o mínimo possível.	Inclusão para aumentar os exemplos considerando as diversas regiões do país. Exclusão considerando que a bebida não é ultraprocessada
	Inclusão	potável (quando tratava de água)	Necessidade de observar a qualidade da água.
	Inclusão	As bebidas adoçadas artificialmente independente de suas diferentes denominações (“zero”, “light” ou “diet”) são produtos ultraprocessados, repletos de aditivos e adoçantes artificiais e, <b>em geral</b> , ausentes de vitaminas, minerais, fibras e outras substâncias benéficas à saúde.	Completeness da sentença.
	O uso de adoçante deve ser evitado (...)	O uso de adoçantes, <b>naturais (o sorbitol, o manitol, a estévia e a frutose, por exemplo) ou artificiais (a sacarina, o ciclamato, o aspartame, a sucralose e o acessulfame-K, por exemplo)</b> , deve ser evitado.	Distinção visando desconstruir o imaginário de que adoçantes naturais são melhores opções, quando comparados com os artificiais. Reforço de que ambos têm seu uso desaconselhado
<b>Recomendação 3: Oriente que se evite o consumo de alimentos ultraprocessados</b>	Salgados ou recheados, doces e guloseimas são alimentos ultraprocessados e devem ser evitados	Salgados ou recheados, guloseimas ( <b>balas, pirulitos, chiclete</b> ) e doces <b>industrializados</b> são alimentos ultraprocessados e devem ser evitados.	Exemplificação dos termos, para a compreensão.
	Oriente que o usuário consuma comida caseira, como arroz e feijão, macarrão, carnes, ovos, verduras, mandioca, batatas e tortas caseiras, entre outros	Oriente que o usuário consuma comida caseira, como arroz e feijão, macarrão, carnes, ovos, verduras, <b>legumes, mandioca/macaxeira/aipim</b> , batatas e tortas caseiras, entre outros.	Inclusão de diferentes nomenclaturas, considerando as diferentes regiões do país.

	castanhas, amendoim ou nozes, cuscuz, tapioca, pão francês, pamonha, mandioca, batata doce, <b>entre outros.</b>	castanhas, amendoim ou nozes, cuscuz, tapioca, pão francês, pamonha, mandioca, batata-doce, <b>inhame, banana-da-terra, mingau de aveia, por exemplo.</b>	Inclusão para aumentar os exemplos considerando as diversas regiões do país.
	Esse é mais um momento em que é possível exercitar o autocuidado e estimular o preparo de uma receita culinária!	Esse é mais um momento em que é possível exercitar o autocuidado e estimular o preparo de uma receita culinária <b>e que também pode envolver demais membros da família!</b>	Reforço da comensalidade.
	Os alimentos ultraprocessados são nutricionalmente desbalanceado, ricos em gorduras, açúcares e sódio e muito pobres em fibras, vitaminas e minerais. <b>Alimentos in natura ou minimamente processados, quando presentes, representam pequena proporção dos ingredientes desses produtos.</b>	Os alimentos ultraprocessados são nutricionalmente desbalanceados, ricos em gorduras, açúcares e sódio e muito pobres em fibras, vitaminas e minerais. <b>São formulações industriais caracterizadas pela presença de substâncias alimentares de nenhum ou raro uso culinário e por pouca ou nenhuma quantidade de alimentos in natura ou minimamente processados em sua composição.</b>	Inclusão de estratégias de reconhecimento de alimentos ultraprocessados, para subsidiar a orientação profissional aos usuários.
	O consumo de alimentos ultraprocessados contribui com o aparecimento de várias doenças crônicas não transmissíveis, tais como doenças cardiovasculares, diabetes e câncer. <b>Uma vez que a obesidade é fator de risco para essas doenças, o consumo desses alimentos pode tanto aumentar o risco como complicar o cuidado das pessoas.</b>	O consumo de alimentos ultraprocessados <b>pode contribuir</b> com o aparecimento de várias doenças crônicas não transmissíveis, tais como diabetes, <b>dislipidemia</b> , doenças cardiovasculares e câncer. <b>Evitar ou reduzir o consumo desses alimentos favorece a redução do consumo energético por meio de melhorias qualitativas na dieta.</b>	Apresentar estratégias para redução calórica, pela mudança da qualidade das refeições, conforme GAPB.

	Informe que <b>um número elevado de ingredientes (frequentemente cinco ou mais) e, principalmente,</b> a presença de ingredientes com nomes pouco familiares e não usados em casa nas preparações culinárias (amido modificado, carboximetilcelulose, açúcar invertido, <b>lactose,</b> óleos hidrogenados ou interesterificados, aromatizantes, entre outros)	Informe que a presença de ingredientes com nomes pouco familiares e não usados em casa nas preparações culinárias (amido modificado, carboximetilcelulose, açúcar invertido, <b>maltodextrina, frutose, xarope de milho,</b> óleos hidrogenados ou interesterificados, aromatizantes, <b>realçadores de sabor, emulsificantes, espessantes, adoçantes,</b> entre outros)	Inclusão de aditivos alimentares usualmente presentes em alimentos ultraprocessados, e exclusão da lactose, entendendo-a como ingrediente presente não apenas em alimentos ultraprocessados.
	<b>Inclusão</b>	Lembre que é possível fazer preparações similares em casa onde a escolha dos ingredientes na receita e a forma de preparo eleita pode contribuir para um consumo saudável, como hambúrguer de grãos e macarrão de legumes.	Incentivo às habilidades culinárias, como estratégia para redução do consumo de alimentos ultraprocessados
	Mensagens de benefício à saúde (“rico em fibras”) ou modificados (versões “light” ou “diet”) não são melhores que os outros alimentos ultraprocessados e devem ser evitados.	Mensagens de benefício à saúde (“rico em fibras”, “fit”) ou modificados (versões “light” ou “diet”) não são melhores que os outros alimentos ultraprocessados e <b>por isso devem</b> também ser evitados.	Inclusão de terminologia comumente presente em alimentos ultraprocessados.
	<b>Inclusão</b>	Lembre ainda que os alimentos mais saudáveis não se promovem pelos benefícios que trazem à saúde porque não possuem embalagens e tampouco muitos de seus produtores têm condições para fazerem propaganda.	Apontamento crítico para reflexão do consumo de alimentos <i>in natura</i> , bem como, formas para sua identificação. Reforço da atenção às alegações nutricionais.
	Se possível, procure uma receita junto ao usuário ou estimule que ele busque em livros ou páginas na	(...) podendo ser da própria família ou até da sua comunidade (como os vizinhos).	Reforço das habilidades culinárias associadas à comensalidade.

	internet ou mesmo que aprenda com quem já sabe.		
	Inclusão	Para algumas pessoas, levar comida feita em casa (“marmita”) para o local de trabalho ou estudo pode ser outra boa opção.	Inclusão de estratégias para tornar as orientações factíveis.
<b>Recomendação 4: Estimule o consumo diário de legumes e verduras</b>	Inclusão	Informe ao usuário que mandioca/macaxeira/aipim, batatas, batata baroa/mandioquinha, cará e inhame pertencem ao grupo de raízes e tubérculos e não ao grupo dos legumes.	Distinção dos grupos de alimentos para facilitar orientações quanto as associações e consumo.
	Inclusão	Não existe uma regra sobre o que deve ser consumido primeiro nas refeições, porém, iniciar o almoço e o jantar por legumes ou verduras favorece o controle da saciedade e evita que se coma maior quantidade de outros alimentos, que, em geral, apresentam maior densidade energética.	Orientações práticas para ajustes nos hábitos alimentares, considerando fome e saciedade.
	As fibras presentes nesses alimentos auxiliam o funcionamento saudável do intestino	As fibras presentes nesses alimentos <b>contribuem para a saciedade</b> e auxiliam o funcionamento saudável do intestino,	Agregação de benefícios, reforçando a importância na orientação.
	Para economizar na compra desses alimentos, oriente que os indivíduos optem por legumes e verduras da época, pois esses sempre terão menor preço, além de maior qualidade e mais sabor.	Para economizar na compra desses alimentos, oriente que os indivíduos optem por legumes e verduras da época, pois esses sempre terão menor preço e <b>quantidade de agrotóxicos</b> , além de maior qualidade e mais sabor.	Clarificação das orientações.
	Inclusão	Nesse sentido, recorde que nos horários finais das feiras livres (conhecido como “xepa”) há liquidação do que não foi vendido, podendo ser uma opção para pessoas com menor poder aquisitivo.	Estratégias considerando redução dos preços dos alimentos.
	Oriente que se evite fazer compras em locais que só vendem alimentos ultraprocessados	Oriente, <b>se for possível para o usuário</b> , evitar fazer compras em locais que só vendem alimentos ultraprocessados.	Inclusão compreendendo que os territórios nem sempre permitirão tal orientação.
	Inclusão	O livro “Na cozinha com as frutas, legumes e verduras” ( <a href="https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cozinha_frutas_legumes_verduras.pdf">https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cozinha_frutas_legumes_verduras.pdf</a> ) é uma opção na busca por receitas práticas e saborosas, assim como por outros conhecimentos que podem contribuir com o desenvolvimento de habilidades culinárias	Inclusão de materiais já produzidos pelo Ministério da Saúde que podem potencializar as estratégias já

			apresentadas.
<b>Recomendação 5: Estimule o consumo diário de frutas</b>	Relembra que existe grande variedade de frutas no país. Valorize as frutas da sua região.	Relembra que existe grande variedade de frutas no país: abacate, abacaxi, abiu, açaí, acerola, ameixa, amora, araçá, araticum, atemoia, banana, bacuri, cacau, cagaita, cajá, caqui, carambola, ciriguela, cupuaçu, figo, fruta-pão, goiaba, graviola, figo, jabuticaba, jaca, jambo, jenipapo, laranja, limão, maçã, mamão, manga, maracujá, murici, pequi, pitanga, pitomba, romã, tamarindo, tangerina, uva, entre outras. Valorize as frutas da sua região e do quintal de casa.	Inclusão considerando a diversidade de frutas das regiões do país.
	Para economizar na compra desses alimentos, oriente que os indivíduos optem pelas frutas da <b>estação</b> , pois essas sempre terão menor preço, além de maior qualidade e mais sabor.	Para economizar na compra desses alimentos, oriente que os indivíduos optem pelas frutas da época, pois essas sempre terão menor preço e quantidade de agrotóxicos, além de maior qualidade e mais sabor.	Clarificação das orientações.
	Inclusão	Para economizar na compra desses alimentos, oriente que os indivíduos optem pelas frutas da época, pois essas sempre terão menor preço e quantidade de agrotóxicos, além de maior qualidade e mais sabor.	Orientações considerando o sistema alimentar e sazonalidade.
	Inclusão	As frutas picadas congeladas (como banana, manga, abacate, jaca mole) se batidas no processador ou liquidificador ficam na consistência de sorvete e podem ser ótimas opções para as pequenas refeições. Estimule a criatividade e a experimentação de diferentes combinações e sabores.	Orientações de técnica e dietética que potencializam o consumo de alimentos <i>in natura</i> .
<b>Recomendação 6: Estimule que o usuário coma em ambientes apropriados e com atenção</b>	Inclusão	Porém, fique atento para não orientar fora da realidade do usuário o deixando desconfortável, a exemplo de usuários que dividem a casa com muitos membros da família em espaços muito pequenos.	Considerar as desigualdades socioeconômicas, reforçando a necessidade de orientações equitativas.
	Estimule que, na alimentação habitual, o usuário dê preferência a restaurantes de <b>comida por quilo</b> ao invés de restaurantes fast-food	Estimule que, na alimentação habitual, o usuário dê preferência a restaurantes que servem refeições preparadas na hora, tais como “quilos”, “buffets” e “pratos feitos” ao invés de restaurantes fast-food.	Aumento da variedade de opções para orientações dos profissionais
	Inclusão	Nos restaurantes de comida por quilo, recomende atenção ao tamanho do prato, que muitas vezes pode ser maior que o habitual para incentivar a colocação de mais alimento. Caso haja um local tranquilo para comer, levar “marmitta” pode ser outra boa opção.	Orientações quanto a quantidade dos alimentos e qualidade dos locais para realização das refeições.



<b>Orientações adicionais</b>	Dietas da moda (...) Podem, ainda, causar deficiências nutricionais e potenciais riscos à saúde, se conduzidas por um longo período.	Dessa forma, tem-se dificuldade para manutenção da perda de peso e, muitas vezes, ocorre um ganho ainda maior do que o peso inicial. Podem, ainda, causar deficiências nutricionais e potenciais riscos à saúde, se conduzidas por um longo período. O mesmo vale para os desafios de perda de peso frequentes na internet.	Aprofundamento do porquê dietas da moda devem ser evitadas, criando subsídio de argumentação dos profissionais para com os usuários.
	Inclusão	Informe ao usuário que o consumo de bebida alcoólica favorece o ganho de peso, entre outros aspectos negativos à saúde, e por isso deve ser evitado.	Reforço da contribuição de bebidas alcoólicas no peso corporal e na saúde
	Sugira ao usuário evitar cortes de carnes com maior quantidade de gordura, mas se forem consumidos devem preferencialmente ser assados ou grelhados.	Sugira ao usuário a dar preferência a cortes de carne com menor quantidade de gordura (patinho, maminha, músculo, lagarto, filé mignon, coxão duro e coxão mole), que podem ser cozidos ou ensopados. Oriente a evitar cortes de carnes com maior quantidade de gordura (acém, alcatra, capa do contra filé, cupim, picanha, fraldinha, costela, ponta de peito e carne seca), mas se forem consumidos devem preferencialmente ser assados ou grelhados.	Inserção de exemplos de para auxiliar na orientação dos profissionais.
	Inclusão	(...) quadro de insegurança alimentar e nutricional (restaurantes populares, cozinhas comunitárias, bancos de alimentos, Central de Abastecimento Municipal, entre outros).	Inserção dos equipamentos públicos de promoção de SAN no território.
	Inclusão	Converse também sobre a possibilidade de cultivo de alguns alimentos e temperos em casa, que demandam pouco espaço.	Incentivo ao cultivo de alimentos <i>in natura</i> .
<b>Valorização da prática alimentar</b>	Inclusão	Sempre que tiver oportunidade, indique sua leitura (e/ou da versão resumida) aos usuários e famílias que você está corresponsável pelo cuidado (GAPB).	Promoção do GAPB.
	Inclusão	Nome dos Fascículos 1 e 2 para a população adulta.	

SAN – Segurança Alimentar e Nutricional  
GAPB – Guia Alimentar para a População Brasileira

APÊNDICE E - MODIFICAÇÕES NO PROTOCOLO DE USO PÓS-OFICINA DE VALIDAÇÃO APARENTE

Seção	Pré- Validação	Pós-Validação	Justificativa
Apresentação	O Ministério da Saúde recomenda que o diagnóstico de obesidade na APS seja realizado com base no Índice de Massa Corporal (IMC) e que o perímetro da cintura possa auxiliar o diagnóstico, mensurando a adiposidade abdominal para viabilizar a estratificação de risco cardiovascular em pessoas com excesso de peso (BRASIL, 2020a)	O Ministério da Saúde recomenda que o diagnóstico de obesidade na APS seja realizado com base no Índice de Massa Corporal (IMC).	Foi ponderado as dificuldades para aferição de circunferência de cintura de pessoas com IMC elevado, bem como a dificuldade em muitos locais de equipamentos adequados.
	Considerando os aspectos mencionados, o cuidado dos usuários com obesidade deve ser realizado por uma equipe multiprofissional na APS, e em casos mais graves, por equipes de atenção especializada.	Considerando os aspectos mencionados, o cuidado dos usuários com obesidade deve ser realizado por uma equipe multiprofissional na APS, e em casos mais graves, por equipes de atenção especializada, observando os critérios estabelecidos na linha de cuidado de cada município para encaminhamento.	Observação do seguimento do fluxo assistencial da linha de cuidado de sobrepeso e obesidade.
	Inclusão	Quando não houver critérios municipais definidos para encaminhamento, recomenda-se utilizar os indicados pelo Ministério da Saúde: IMC $\geq$ 35kg/m <sup>2</sup> com comorbidades descompensadas ou IMC $\geq$ 40 kg/m <sup>2</sup> .	Observação do seguimento do fluxo assistencial da linha de cuidado de sobrepeso e obesidade.
Como utilizar o protocolo?	Atenção: Antes de compartilhar com o usuário o que observou na alimentação dele e realizar orientações, peça permissão para isso.	Exclusão do trecho	Orientação reformulada e incluída em outra recomendação do Protocolo.
	Inclusão, seção 4	Compartilhar com o usuário o que observou na alimentação dele e perguntar por qual aspecto ele prefere começar pode ser uma boa maneira de trabalhar as mudanças necessárias.	Reforço na autonomia do usuário no processo de construção de cuidado.
	Destaque para a necessidade de o fluxograma ser de fácil compreensão e que não remeta a etapas a serem seguidas, mas um fluxo que pode ser iniciado a qualquer orientação. Reforçam que o mesmo ainda não está claro.	Reformulação do fluxograma, considerando as contribuições.	Reconstrução do fluxograma Desfazendo a ideia de etapas, e substituindo por um processo contínuo e cíclico.
	Atenção: Apesar de o fluxograma sugerir uma ordem para as recomendações, o profissional pode optar por realizá-las em ordens diferentes, caso identifique que o usuário tenha condição ou esteja mais preparado e motivado para uma mudança do que para outra. Compartilhar com o usuário o que observou na alimentação dele e perguntar por qual aspecto ele	Exclusão do trecho	Com a reformulação do fluxograma, e a eliminação visual da ideia de etapas, se fez dispensável esse trecho. Pela sua diluição no restante do material e orientações.

	prefere começar pode ser uma boa maneira de trabalhar as mudanças.		
	Inclusão - box	Conheça sobre a disponibilidade de alimentos no território em que atua. Esse conhecimento será de grande importância no momento de construir estratégias em parceria com o usuário para superar os obstáculos envolvidos no processo de mudança das escolhas alimentares.	Reforçar a importância de conhecer o território para realização de orientações factíveis e que contemple a realidade dos usuários.
	Inclusão - box	Esteja atento para identificar indivíduos que se encontram em situação de vulnerabilidade com dificuldades para aquisição de alimentos. A seguir são indicadas algumas possibilidades para auxiliar nessas condições: - Oriente que procurem auxílio da assistência social, no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS). No CRAS, esses indivíduos são orientados sobre os benefícios assistenciais ofertados e podem ser inscritos no Cadastro Único para programas sociais, como por exemplo, o Programa Bolsa Família e o Benefício de Prestação Continuada. - Pontos de apoio no território para o enfrentamento do quadro de insegurança alimentar e nutricional (restaurantes populares, cozinhas comunitárias, bancos de alimentos, Central de Abastecimento Municipal, entre outros) também são outras possibilidades. - Lembre-se que as pessoas nessa situação também precisam ser orientadas em relação à alimentação, pois o baixo preço de alguns alimentos ultraprocessados acaba fazendo com que se tornem uma opção muito frequente. Boas escolhas alimentares podem ser realizadas com os mesmos custos, ou menores, que alimentação baseada em alimentos ultraprocessados.	Inserção considerando a necessidade de realizar orientações equitativas, aos usuários em situação de insegurança alimentar e nutricional.
<b>Recomendação 1: Estimule o consumo diário de feijão</b>	Estimule o uso de temperos naturais (...)	Estimule o uso de temperos naturais (... e tomilho)	Ampliar opções das diversas regiões brasileiras
	Em caso afirmativo, peça permissão para comentar sobre o assunto e compartilhe a informação de que essa prática, na verdade, não auxilia no emagrecimento	Em caso afirmativo, compartilhe a informação de que essa prática, na verdade, não auxilia no emagrecimento	
<b>Recomendação 2: Oriente que se evite o consumo de bebidas adoçadas</b>	contribui para o ganho de peso em excesso e aumenta o risco de doenças crônicas, como doenças cardiovasculares e a diabetes <i>mellitus</i>	contribui para o aparecimento de cáries, para o ganho de peso em excesso e aumenta o risco de doenças crônicas, como doenças cardiovasculares e a diabetes	Inclusão de acometimentos de saúde, frequente no contexto da APS.

		<i>mellitus.</i>	
<b>Recomendação 3:</b> <b>Oriente que se evite o consumo de alimentos ultraprocessados</b>	<b>Quando necessário, para as pequenas</b> refeições, sugira o consumo de leite ou iogurte natural (sem adição de açúcar ou sabor artificial), acompanhado de frutas frescas, castanhas, amendoim ou nozes, cuscuz, tapioca, <b>pão francês</b> , pamonha, mandioca, batata-doce, inhame, banana-da-terra, mingau de aveia, por exemplo.	Caso o usuário sinta fome entre as refeições principais, oriente que se realize pequenas refeições. Para essas refeições sugira o consumo de leite ou iogurte natural (sem adição de açúcar ou sabor artificial), acompanhado de frutas frescas, castanhas, amendoim ou nozes, cuscuz, tapioca, pamonha, mandioca, batata-doce, inhame, banana-da-terra, mingau de aveia, por exemplo.	Considerar, antes da orientação, a realidade, organização de rotina e preferências dos usuários. Evitando criar orientações rígidas e pouco contextualizadas com a realidade,
	Inclusão	Explique ao usuário que a redução calórica será baseada, principalmente, em melhorias qualitativas na alimentação. Evitar ou reduzir o consumo de alimentos ultraprocessados, dando preferência por alimentos in natura e minimamente processados aumenta a qualidade da alimentação.	Subsidiar os profissionais na argumentação de que mesmo que não se apresente quantidades, a restrição calórica se dará por meio do seguimento das orientações já constantes no material e exclusão/redução de alimentos ultraprocessados
<b>Recomendação 4:</b> <b>Estimule o consumo diário de legumes e verduras</b>	Inclusão	Incentive o uso generoso de temperos naturais (... tomilho, por exemplo)	Aumentar opções utilizadas nas diversas regiões brasileiras.
<b>Recomendação 5:</b> <b>Estimule o consumo diário de frutas</b>	Sem alterações		
<b>Recomendação 6:</b> <b>Estimule que o usuário coma em ambientes apropriados e com atenção</b>	Inclusão	- Valorize as três principais refeições do dia - café da manhã, almoço e jantar. Caso o usuário sinta fome entre as principais refeições, sugira que realize pequenas refeições (lanches intermediários).	Reforço da orientação constante no Guia Alimentar para a População Brasileira.
<b>Orientações adicionais</b>	Inclusão	Oriente que óleos e gorduras sejam utilizados em pequenas quantidades ao temperar e cozinhar alimentos e criar preparações culinárias.	Reforço da orientação constante no Guia Alimentar para a População Brasileira.
	Inclusão	Informe que os ovos de galinha são alimentos in natura, relativamente baratos e possuem alto teor nutricional. São extremamente versáteis, podendo ser consumidos cozidos, mexidos ou como omeletes e suflês e de várias outras preparações culinárias, combinando muito bem com legumes e verduras. É uma excelente opção para ser consumido no café da manhã, almoço ou jantar, sendo considerados bons substitutos para as carnes vermelhas.	Considerando o menor custo e qualidade dos alimentos. Inserção de sugestões de consumo.

	Inclusão	<p>Explique que os queijos apesar de serem ricos em proteínas, vitamina A e cálcio possuem conteúdo elevado de gorduras saturadas, alta densidade de energia e alta concentração de sódio. O consumo excessivo desses alimentos está associado a doenças do coração, obesidade e outras doenças crônicas. Por isso, devem ser consumidos em pequenas quantidades, preferencialmente como ingredientes de preparações culinárias ou como acompanhamento de refeições baseadas em alimentos in natura ou minimamente processados. No caso do seu consumo, cabe lembrar o usuário da importância de consultar o rótulo desses produtos para dar preferência, quando possível, àqueles com menor teor de sal, assim como para consultar a lista de ingredientes. Queijos que tem em sua composição ingredientes com nomes pouco familiares e não usados em casa nas preparações culinárias sinalizam que o queijo é ultraprocessado e que, portanto, deve ser evitado. O cheddar é um dos exemplos de queijos ultraprocessados.</p>	<p>Reforço da distinção realizada pela classificação NOVA contida no GAPB e orientações quanto alimentos processados.</p>
	<p>Oriente indivíduos em situação de vulnerabilidade com dificuldades para aquisição de alimentos, que procurem auxílio da assistência social ou outros pontos de apoio no território para o enfrentamento do quadro de insegurança alimentar e nutricional (restaurantes populares, cozinhas comunitárias, bancos de alimentos, Central de Abastecimento Municipal, entre outros). Lembre-se que as pessoas nessa situação também precisam ser orientadas em relação à alimentação, pois o baixo preço de alguns alimentos ultraprocessados acaba fazendo com que se tornem uma opção muito frequente. Boas escolhas alimentares podem ser realizadas com os mesmos custos, ou menores, que alimentação baseada em alimentos ultraprocessados.</p>	<p>Exclusão do trecho</p>	<p>Trecho já incluído em outras recomendações.</p>
<b>Valorização da prática alimentar</b>	Sem alterações.		

## **11. ANEXOS**

ANEXO 1 – Bases Metodológicas

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

●  
PROTOCOLOS DE USO  
DO GUIA ALIMENTAR PARA  
A POPULAÇÃO BRASILEIRA

ORIENTAÇÃO ALIMENTAR DE PESSOAS ADULTAS  
COM **OBESIDADE, HIPERTENSÃO ARTERIAL E  
DIABETES *MELLITUS***: BASES TEÓRICAS  
E METODOLÓGICAS

**VOLUME 1**



Brasília - DF  
2022

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

VOLUME 1

Protocolos de Uso do Guia Alimentar para a População Brasileira  
Orientação alimentar de pessoas adultas com obesidade, hipertensão arterial  
e diabetes *mellitus*: bases teóricas e metodológicas



Brasília - DF  
2022



2022 Ministério da Saúde. Universidade de Brasília.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: [bvsmms.saude.gov.br](http://bvsmms.saude.gov.br).

Tiragem: 1ª edição – 2022 – versão eletrônica

*Elaboração, distribuição e informações:*

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Atenção Primária à Saúde  
Departamento de Promoção da Saúde  
Esplanada dos Ministérios, bloco G, 7º andar  
CEP: 70058-900 – Brasília/DF  
Tel.: (61) 3315-9031  
Site: <https://aps.saude.gov.br>  
E-mail: [aps@saude.gov.br](mailto:aps@saude.gov.br)

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
Faculdade de Ciências da Saúde  
Departamento de Nutrição  
Campus Universitário Darcy Ribeiro, s/n - Asa Norte  
CEP: 70910-900 – Brasília/DF  
Tel.: (61)3107-1747  
Site: <http://www.fs.unb.br/extensao/nutricao>  
E-mail: [nut@unb.br](mailto:nut@unb.br)

*Editor-Geral:*

Raphael Câmara Medeiros Parente

*Revisão técnica:*

Gisele Ane Bortolini

*Supervisão geral:*

Juliana Rezende Melo da Silva

*Colaboração:*

Ariene Silva do Carmo  
Gabriella Carrilho Lins de Andrade  
Gisele Ane Bortolini  
Jéssica Pedroso da Silva  
Thais Fonseca Veloso de Oliveira

*Elaboração técnica:*

Vivian Siqueira Santos Gonçalves

*Coordenação editorial:*

Júlio César de Carvalho e Silva

*Elaboração:*

Anna Beatriz de Oliveira Chaves  
Eliane Said Dutra  
Kênia Mara Baiocchi de Carvalho  
Laila Santos de Andrade  
Lorrany Santos Rodrigues  
Nathalia Marcolini Pelucio Pizato  
Natacha de Oliveira Hoepfner  
Patrícia Borges Botelho  
Verena Duarte de Moraes  
Vivian Siqueira Santos Gonçalves

*Projeto gráfico e diagramação:*

SCM

*Normalização:*

Daniel Pereira Rosa – Editora MS/CGDI

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde.

Orientação alimentar de pessoas adultas com obesidade, hipertensão arterial e diabetes *mellitus* : bases teóricas e metodológicas [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Universidade de Brasília. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022.

30 p. : il. – (Protocolos de uso do guia alimentar para a população brasileira ; v. 1)

Modo de acesso: World Wide Web: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/fasciculo1\\_protocolos\\_alimentar\\_adultas\\_obesidade.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/fasciculo1_protocolos_alimentar_adultas_obesidade.pdf)

ISBN 978-65-5993-225-2

1. Guias Alimentares. 2. Diabetes *Mellitus*. 3. Obesidade. I. Universidade de Brasília. II. Título. III. Série.

CDU 612.3

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2022/0102

*Título para indexação:*

Nutritional counseling for adults with obesity, arterial hypertension and diabetes mellitus: theoretical and methodological bases

# SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b>	4
<b>PROTOCOLOS DE USO DO GUIA ALIMENTAR PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA NO CONTEXTO DA ATENÇÃO NUTRICIONAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b>	5
GUIA ALIMENTAR PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA	7
<b>OBESIDADE, HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES <i>MELLITUS</i>: PREVALÊNCIA E IMPACTOS PARA O SUS</b>	11
<b>ORIENTAÇÃO ALIMENTAR INDIVIDUAL A PESSOAS COM OBESIDADE, HIPERTENSÃO E DIABETES <i>MELLITUS</i></b>	15
PRÁTICAS ADOTADAS PARA ORIENTAÇÃO ALIMENTAR NO SUS INVESTIGADAS POR MEIO DE CONSULTA A PROFISSIONAIS DE SAÚDE	16
TECNOLOGIAS DE APOIO E EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS SOBRE ALIMENTAÇÃO E TRATAMENTO DE PESSOAS COM OBESIDADE, HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES <i>MELLITUS</i>	19
POR QUE OS ALIMENTOS ULTRAPROCESSADOS DEVEM SER EVITADOS	22
MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR NA APS	23
ELABORAÇÃO DOS PROTOCOLOS DE USO DO GUIA ALIMENTAR PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA NA ORIENTAÇÃO ALIMENTAR DE PESSOAS ADULTAS COM OBESIDADE, HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES <i>MELLITUS</i>	24
<b>REFERÊNCIAS</b>	27

# APRESENTAÇÃO

Este é o primeiro volume da série intitulada “Protocolos de Uso do Guia Alimentar para a População Brasileira na orientação alimentar de pessoas adultas com obesidade, hipertensão arterial e diabetes *mellitus*”. Um conjunto de três protocolos compõe essa série que foi elaborada com a finalidade de disseminar as recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira e instrumentalizar a orientação alimentar individualizada pelos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS). O presente volume apresenta a base teórica e metodológica utilizada para a construção de cada protocolo, a partir das recomendações do Guia Alimentar adaptadas ao contexto de cada doença.

Obesidade, hipertensão arterial e diabetes *mellitus* são doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) com alta prevalência na população brasileira. Essas geram consequências negativas como perda da qualidade de vida, aumento da mortalidade e elevada carga econômica para os sistemas de saúde e sociedade. Assim, ações que visam a prevenção e o tratamento adequado de pessoas que tenham essas doenças são essenciais para reduzir e controlar esses impactos, como também, prevenir complicações e, conseqüentemente, contribuir com a qualidade de vida da população.

Tendo em vista que a alimentação saudável, além de ser um fator protetor, possui relevância no tratamento dessas doenças e que, os profissionais da APS são fundamentais nas ações de cuidado, os protocolos aqui apresentados têm o potencial de aperfeiçoar a rotina de atendimento das equipes e aprimorar o acompanhamento dos usuários da APS no Sistema Único de Saúde (SUS).



# PROTOSCOLOS DE USO DO GUIA ALIMENTAR PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA NO CONTEXTO DA ATENÇÃO NUTRICIONAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A alimentação é um direito social e um fator condicionante e determinante da saúde (BRASIL, 2010; BRASIL, 1990). A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), em busca da garantia da Segurança Alimentar e Nutricional, tem como propósito a melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, mediante a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, da Vigilância Alimentar e Nutricional, além da prevenção de doenças e do cuidado integral das pessoas com agravos relacionados à alimentação e nutrição. A atenção nutricional deve estar associada às demais ações de atenção à saúde no SUS, a fim de contribuir para a conformação de uma rede integrada, resolutiva e humanizada de cuidados, tendo a APS como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede (BRASIL, 2013).

No âmbito da APS, a prática da atenção nutricional deve ser desenvolvida por equipes multiprofissionais, com a participação de profissionais da área de nutrição dando suporte e instrumentalizando os demais membros no desenvolvimento de ações relacionadas à alimentação, respeitando as atividades específicas de cada profissão (BRASIL, 2013). Apesar dos esforços para a criação de equipes capazes de compartilhar o cuidado integral aos usuários da APS, as orientações sobre alimentação saudável na prática podem acabar centradas na figura do nutricionista, o que limita e restringe a disseminação dessas informações. Ressalta-se que a atividade de prescrição dietética é privativa deste profissional (BRASIL, 1991), mas a orientação alimentar pode e deve ser realizada por qualquer profissional das equipes de APS (BRASIL, 2015).

O Guia Alimentar para a População Brasileira é considerado uma tecnologia importante para orientar a atuação dos profissionais de saúde na atenção nutricional no SUS. No entanto, como se trata de um material voltado à população, não aborda

orientações sobre como utilizar suas recomendações na prática clínica, assim como não considera as singularidades da orientação alimentar a pessoas com doenças específicas. Logo, a ausência dessas orientações pode limitar o uso do Guia Alimentar por profissionais da APS em sua rotina de atendimentos individualizados (BRASIL, 2014a).

Nesse contexto, o Ministério da Saúde, em parceria com pesquisadores de Instituições de Ensino Superior, tem desenvolvido materiais de apoio com o propósito de disseminar as recomendações do Guia Alimentar e orientar as equipes de APS para seu uso prático.

Em adição a essas publicações, foi lançada em 2021, uma série de Protocolos de Uso do Guia Alimentar. Nessa série, o Guia Alimentar foi considerado a tecnologia específica a ser adotada na prática clínica com a finalidade de incorporar o seu paradigma, além de induzir o seu uso pelos profissionais de saúde na orientação alimentar em diferentes fases e evento do curso da vida de pessoas atendidas na APS. Acesse alguns desses materiais clicando nas figuras ao lado.



## PROTOCOLOS DE USO

São "documentos normativos de escopo mais estrito, que estabelecem critérios, parâmetros e padrões para a utilização de uma tecnologia específica em determinada doença ou condição" (CONITEC, 2016). Fazem parte do grupo de protocolos em saúde, que são instrumentos importantes para aperfeiçoar a atenção à saúde e a gestão dos serviços. As recomendações contidas neles são elaboradas sistematicamente com base em evidências científicas sendo úteis para a atualização dos profissionais na área da saúde e contribuem para reduzir variações inapropriadas na prática clínica (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

Além do cuidado aos grupos populacionais para os quais foram direcionados os protocolos lançados em 2021, os profissionais da APS também desempenham o papel central no acompanhamento de pessoas com DCNT, destacando-se a obesidade, a hipertensão arterial e o diabetes mellitus. Os Protocolos de Uso do Guia Alimentar direcionados à população adulta com DCNT podem qualificar as orientações alimentares realizadas por profissionais não nutricionistas, aprimorando ainda mais a rotina das equipes de APS e melhorando o acompanhamento dos usuários do SUS.

## GUIA ALIMENTAR PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA

O Guia Alimentar tem como objetivo incentivar práticas alimentares saudáveis no âmbito individual e coletivo. É um instrumento que visa subsidiar políticas públicas, programas e ações que estimulem, apoiem, protejam e promovam a saúde e a segurança alimentar e nutricional da população. Sua versão atual foi publicada em 2014 e introduziu uma nova abordagem para a classificação dos alimentos conforme o grau e a finalidade do processamento industrial a que são submetidos, o que resultou em quatro grupos: alimentos *in natura* ou minimamente processados, ingredientes culinários processados, alimentos processados e alimentos ultraprocessados (Quadro 1) (BRASIL, 2014a; MONTEIRO *et al.*, 2019).



**Quadro 1** – Características e exemplos dos grupos de alimentos da classificação utilizada no Guia Alimentar para a População Brasileira

GRUPO	CARACTERÍSTICAS	EXEMPLOS
Alimentos <i>in natura</i> ou minimamente processados	<i>In natura</i> : alimentos obtidos diretamente de plantas ou de animais, sem qualquer alteração após deixar a natureza. Minimamente processados: alimentos <i>in natura</i> os quais foram submetidos a processos que não envolvem adição de substâncias ao alimento original. Dentre esses métodos estão a remoção de partes não comestíveis, moagem, desidratação, fermentação, pasteurização e congelamento.	Legumes, verduras, frutas ( <i>in natura</i> ou secas), leguminosas (feijões, lentilha, grão de bico, etc.), tubérculos e raízes (mandioca, batata, batata-doce, etc.), arroz, milho, grãos de trigo e de outros cereais, farinhas, macarrão feito com farinha, água e ovos, oleaginosas sem sal ou açúcar (amendoim, castanhas, nozes, etc.), especiarias em geral (cravo, canela, manjeriço, etc.), carnes em geral (boi, porco, ave, peixe) ovos, leites (pasteurizados, ultrapasteurizados, em pó), iogurtes naturais (sem adição de açúcar), sucos de frutas (naturais ou integrais sem adição de açúcar), chá e café.
Ingredientes culinários processados	Produtos extraídos de alimentos <i>in natura</i> ou da natureza e utilizados para temperar alimentos e criar preparações culinárias variadas e saborosas.	Óleos vegetais (soja, milho, girassol ou de oliva), manteiga, banha de porco, gordura de coco, açúcar (branco, demerara, mascavo) e sal refinado ou grosso.
Alimentos processados	Alimentos fabricados pela indústria a partir da adição de sal ou açúcar ou outra substância pertencente ao grupo de ingredientes culinários processados a alimentos <i>in natura</i> ou minimamente processados. O acréscimo dessas substâncias tem como objetivo conservar por um período maior os alimentos e torná-los mais agradáveis ao paladar, aprimorando ou modificando as qualidades sensoriais deles.	Pães feitos de farinhas, fermento, água e sal, queijos, legumes e leguminosas em conserva à base de sal ou vinagre; extrato ou concentrados de tomate (com sal e/ou açúcar), frutas em calda ou cristalizadas, carnes salgadas em geral, sardinha e atum enlatados com adição de óleo ou sal.





## conclusão

### Alimentos ultraprocessados

Formulações industriais caracterizadas pela presença de substâncias alimentares de nenhum ou raro uso culinário (açúcar invertido, lactose, óleos hidrogenados ou interesterificados, isolado de proteína de soja, caseína etc.) e com pouca ou nenhuma quantidade de alimentos *in natura* ou minimamente processados em sua composição. A presença de aditivos cosméticos (aromatizantes, corantes, intensificadores de sabor etc.), que têm como função alterar aspectos sensoriais e tornar os produtos hiperpalatáveis e atraentes, também é uma característica desse grupo de alimentos. Além disso, o açúcar, o sal, os óleos e as gorduras são ingredientes comuns em alimentos ultraprocessados. Técnicas de manufatura incluem extrusão, moldagem, e pré-processamento por fritura ou cozimento.

Biscoitos, “salgadinhos de pacote”, sorvetes, balas e guloseimas em geral, refrigerantes e refrescos cereais açucarados para o desjejum matinal, bolos e misturas para bolo, barras de cereal, sopas, macarrão e temperos “instantâneos”, molhos, refrigerantes e refrescos, bebidas energéticas, iogurtes e bebidas lácteas adoçados e aromatizados; produtos congelados e prontos para aquecimento como pratos de massas, pizzas, hambúrgueres e extratos de carne de frango ou peixe empanados do tipo nuggets, salsichas e outros embutidos, pães de forma, pães para hambúrguer ou hot dog.

Fonte: BRASIL, 2014a; MONTEIRO *et al.*, 2019.

O Guia Alimentar aborda a alimentação de modo abrangente com foco na promoção da saúde. São consideradas as combinações de alimentos, as preparações culinárias, as dimensões culturais e sociais das práticas alimentares e o impacto das formas de produção, distribuição, comercialização e consumo dos alimentos sobre a justiça social e a integridade do ambiente, prezando por sistemas alimentares socialmente e ambientalmente sustentáveis (BRASIL, 2014a). As suas recomendações focam na qualidade da alimentação e no ato de comer, ao invés da quantidade de nutrientes ou porções de alimentos; e estão resumidas em 10 passos (Quadro 2).



## Quadro 2 – Dez passos para uma alimentação adequada e saudável



Fonte: BRASIL, 2014a.

# OBESIDADE, HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS: PREVALÊNCIA E IMPACTOS PARA O SUS

Obesidade, hipertensão arterial e diabetes *mellitus* são DCNT multifatoriais cujas incidências podem estar relacionadas a aspectos biológicos, sociais, culturais, ambientais e de saúde. A presença dessas doenças pode ainda aumentar o risco do aparecimento de cânceres, doenças cardiovasculares e renais, fraturas e outros agravos osteoarticulares, depressão, ansiedade e baixa autoestima (BRASIL, 2020a; BARROSO *et al.*, 2021; SBD, 2019). Veja no Quadro 3 uma breve definição e as complicações mais frequentes dessas doenças.

**Quadro 3** – Definição e complicações gerais da obesidade, hipertensão arterial e diabetes *mellitus*

DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS	DEFINIÇÃO E COMPLICAÇÕES GERAIS
Obesidade	Excesso de gordura corporal que leva ao comprometimento da saúde, aumentando o risco de outras doenças crônicas não transmissíveis, tais como doenças cardiovasculares, diabetes e alguns tipos de cânceres.
Hipertensão Arterial	Elevação persistente da pressão arterial sistólica e/ou diastólica. Costuma evoluir com alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos como coração, vasos sanguíneos, cérebro e rins, tornando-a um fator de risco para outras doenças tais como as cardiovasculares e a renal crônica.
Diabetes <i>Mellitus</i>	Distúrbio metabólico caracterizado por nível elevado e persistente da glicemia, decorrente da deficiência na produção de insulina e/ou na sua ação. Pessoas com diabetes apresentam risco aumentado para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, neuropatia, doença arterial periférica, lesões oculares e doença renal crônica.

Fonte: BRASIL, 2020a; BARROSO *et al.*, 2021; SBD, 2019.

A prevalência dessas três doenças tem aumentado progressivamente na população adulta do Brasil e do mundo, configurando-se como um desafio a ser enfrentado no âmbito da saúde pública (NILSON *et al.*, 2020).

Estima-se que 1,13 bilhão de pessoas no mundo têm hipertensão (NCD-RISC, 2017), 463 milhões de pessoas têm diabetes (SAEEDI *et al.*, 2019) e mais de 675 milhões de pessoas apresentam obesidade (FAO *et al.*, 2020).

No Brasil, em 2019, a prevalência de hipertensão arterial foi de 38,1 milhões (23,9%), diabetes 12,3 milhões (7,7%) (BRASIL, 2020b), obesidade 41,2 milhões (25,9%) e excesso de peso 95,9 milhões (60,3%) da população (BRASIL, 2020c).

#### HIPERTENSÃO

**38,1 milhões**  
pessoas no Brasil

#### DIABETES

**12,3 milhões**  
pessoas no Brasil

#### OBESIDADE

**41,2 milhões**  
pessoas no Brasil

#### MUNDO

##### Hipertensão

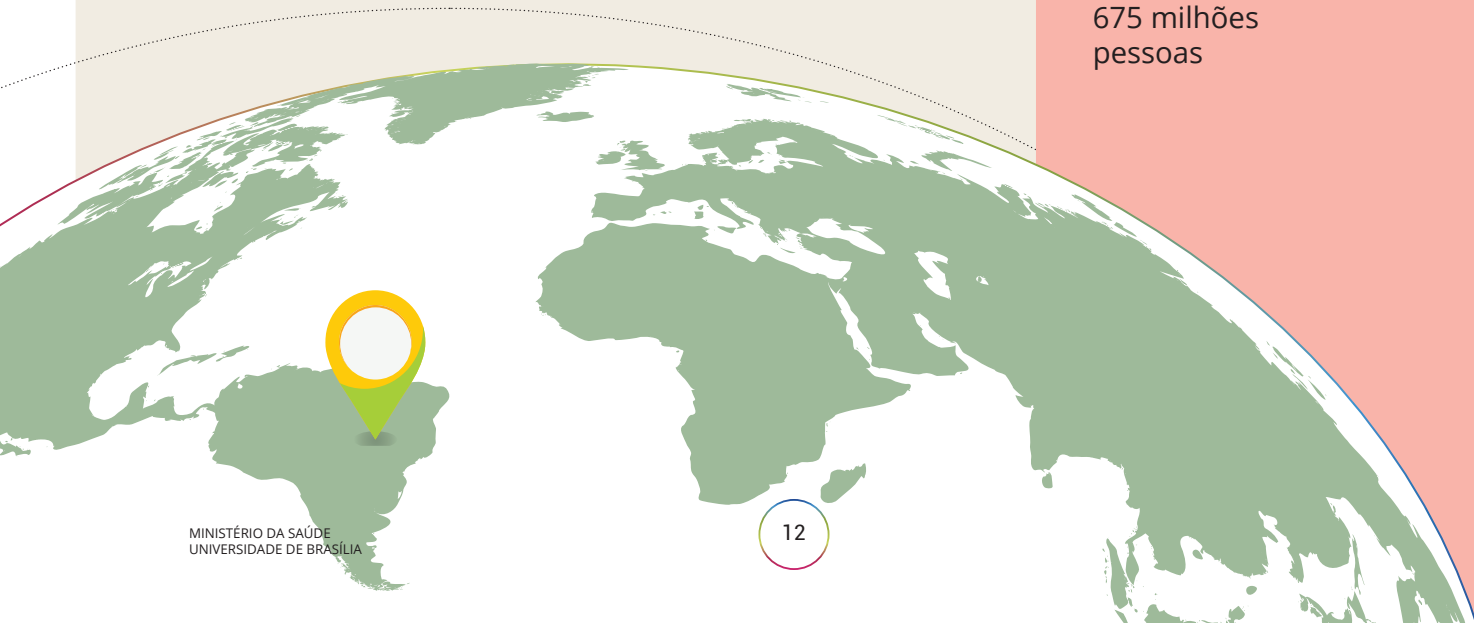
1,13 bilhão  
pessoas

##### Diabetes

463 milhões  
pessoas

##### Obesidade

675 milhões  
pessoas



Entre os impactos gerados por essas doenças, destacam-se o aumento no número de mortes prematuras, a perda da qualidade de vida, o aparecimento de incapacidades e o elevado custo econômico para os sistemas de saúde e para a sociedade (BRASIL, 2011). Em 2018, houve 1.829.779 internações por causas associadas à hipertensão arterial, ao diabetes e à obesidade, correspondendo a, aproximadamente, 16% do total de internações hospitalares no SUS. Os custos diretos atribuíveis à hipertensão arterial, diabetes e obesidade no Brasil alcançaram R\$ 3,45 bilhões, considerando gastos do SUS com hospitalizações, procedimentos ambulatoriais e medicamentos (Tabela 1). Comparando os custos por tipo de gasto, a maioria é decorrente do fornecimento de medicamentos, seguido por hospitalizações e atendimentos ou procedimentos ambulatoriais (Tabela 2) (NILSON *et al.*, 2020).

**Tabela 1** – Custos diretos atribuíveis a hipertensão arterial, diabetes *mellitus* e obesidade para hospitalizações, procedimentos ambulatoriais e medicamentos em adultos no SUS. Brasil, 2018.

Doenças	Custos atribuíveis (R\$ / %)	
Hipertensão arterial	2 029 423 609,36	59%
Diabetes	1 048 247 505,49	30%
Obesidade	371 689 215,03	11%
<b>Total</b>	<b>3 449 360 329,88</b>	<b>100%</b>

Fonte: adaptado de NILSON *et al.*, 2020.

**Tabela 2** – Custos por tipos de gasto atribuíveis a hipertensão arterial, diabetes *mellitus* e obesidade para medicamentos, hospitalizações e procedimentos ambulatoriais em adultos no SUS. Brasil, 2018

Tipo de gasto no SUS	Custos (%)
Fornecimento de medicamentos	58,8%
Hospitalizações	34,6%
Atendimentos/procedimentos ambulatoriais	6,6%

Fonte: adaptado de NILSON *et al.*, 2020.

O perfil epidemiológico atual demanda ações estratégicas com foco na garantia da execução das políticas públicas e diretrizes oficiais para a prevenção e o tratamento de DCNT, os quais possam contribuir na redução da frequência dessas doenças nas próximas décadas. Nesse cenário, a APS, que possui as unidades de saúde mais próximas da população, tem maiores chances de observar e avaliar esses casos presentes no seu território, a partir da Vigilância em Saúde, gerando indicadores importantes para o acompanhamento e o planejamento de ações em nível individual, familiar e comunitário (REIS; RODRIGUEZ; RODRIGUES, 2021). As ações de promoção da saúde e o cuidado longitudinal baseado no vínculo, presentes no cotidiano de prática das equipes de APS, também são estratégias relevantes para a prevenção e enfrentamento dos agravos relacionados a essas doenças. Quando pertinente, devem ser acionados níveis de atenção especializada, a fim de contribuir para um cuidado integral, minimizando complicações evitáveis e custos atribuíveis dessas doenças para o SUS.



Imagem: Guia Alimentar para População Brasileira do Ministério da Saúde

# ORIENTAÇÃO ALIMENTAR INDIVIDUAL A PESSOAS COM OBESIDADE, HIPERTENSÃO E DIABETES MELLITUS

Na APS, as consultas individuais proporcionam o atendimento mais centrado e direcionado ao usuário, considerando suas necessidades e sua inserção sociocultural. Tal prática direciona o desenvolvimento de ações de cuidado de forma singularizada, que auxilia as pessoas a desenvolverem os conhecimentos e a confiança necessária para gerir decisões sobre sua própria saúde (BRASIL, 2017). Os profissionais atuantes na APS protagonizam as ações de fortalecimento do cuidado integral de pessoas com DCNT, pois o desenvolvimento de suas atividades tem como fundamentos a realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, prevenção de doenças e agravos, incorporando também ações de vigilância em saúde (BRASIL, 2017).

Diante do cenário epidemiológico do país, onde mais da metade dos adultos brasileiros apresenta excesso de peso e ocorre o crescimento nas prevalências de hipertensão arterial e diabetes *mellitus*, torna-se prioritária a abordagem de temas, tais como a alimentação saudável, a prática de atividade física e o enfrentamento, tanto do uso do tabaco e seus derivados, quanto do uso abusivo de álcool (BRASIL, 2017). A alimentação não saudável é uma realidade que precisa ser abordada na APS, pois é um dos principais fatores de risco relacionados à carga global de doenças no mundo. No Brasil, em 2015, esse foi o fator de risco que mais contribuiu para os anos de vida perdidos, sendo superior, inclusive, ao uso de álcool, drogas, tabagismo e inatividade física (MALTA *et al.*, 2017).

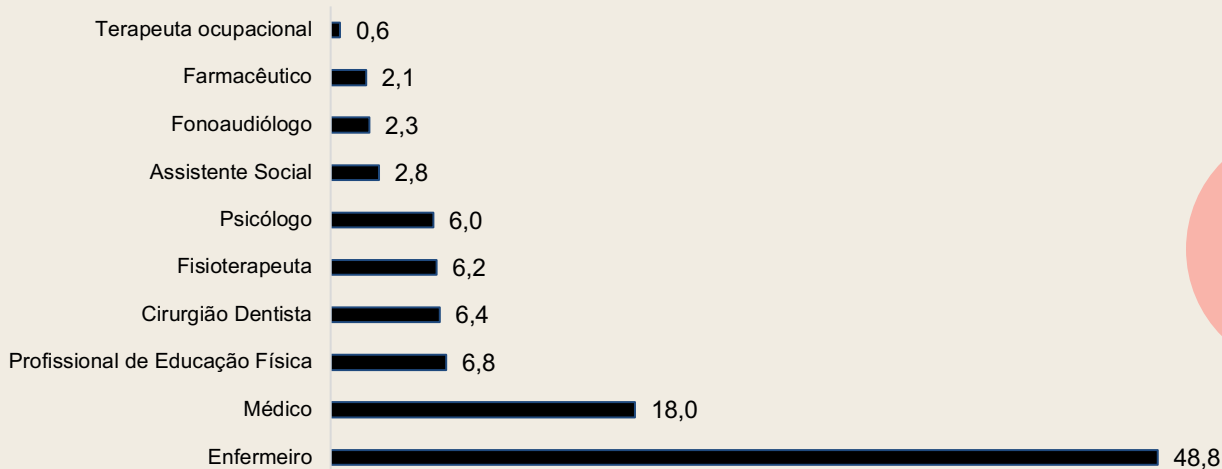
Nesse contexto, os atendimentos individuais são momentos oportunos para realizar orientações alimentares. Visto que na APS são os médicos e os enfermeiros das equipes que realizam grande parte do acompanhamento das pessoas com DCNT, a orientação alimentar individual deve fazer parte da rotina desses profissionais, assim como de todos os outros que compõem as equipes (BRASIL, 2014b).

## PRÁTICAS ADOTADAS PARA ORIENTAÇÃO ALIMENTAR NO SUS INVESTIGADAS POR MEIO DE CONSULTA A PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Para apoiar a elaboração dos Protocolos aqui apresentados foi realizada uma investigação com profissionais de saúde de nível superior, com exceção do nutricionista, que trabalhavam na assistência à população adulta com obesidade, hipertensão arterial e diabetes *mellitus* no SUS. O seu objetivo principal foi identificar se, em suas práticas clínicas, eram realizadas orientações em relação à alimentação e quais os seus conteúdos. A temática do questionário utilizado, assim como a sua metodologia de aplicação foram avaliados e aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília (CAAE 41310920.6.0000.0030).

Os resultados que seguem apresentados foram obtidos entre março e maio de 2021 e referem-se às respostas de 529 profissionais de saúde, atuantes em todas as regiões e Unidades Federativas do país, que afirmaram acompanhar pessoas adultas com obesidade, hipertensão arterial e diabetes *mellitus*. Destaca-se que 69,5% dos profissionais trabalhavam somente na rede pública e os demais compartilhavam suas atividades entre o SUS e a rede privada. Os gráficos seguintes apresentam um pouco mais do perfil dos profissionais participantes. A pergunta sobre o ambiente de trabalho pôde ser respondida por meio de mais de uma opção para atender àqueles que possuíam mais de uma vinculação.

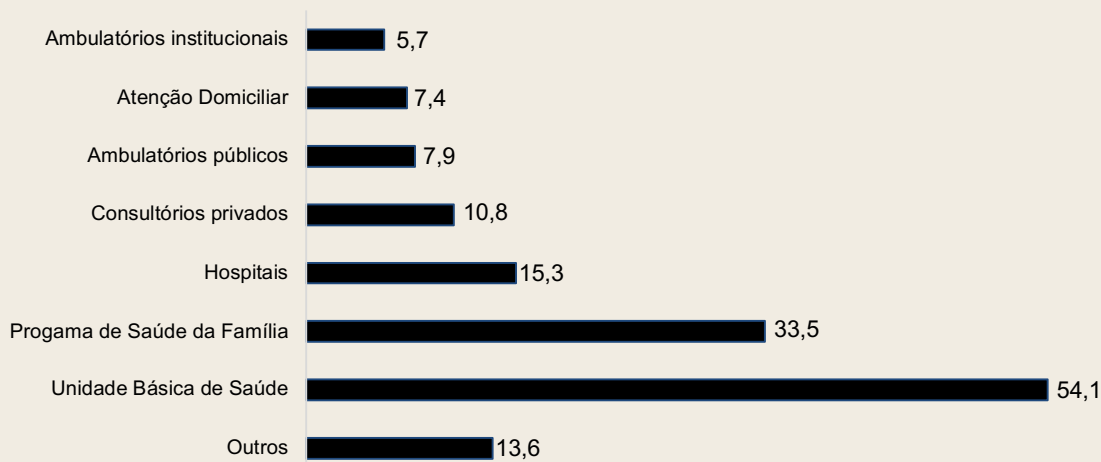
**Gráfico 1 – Formação dos profissionais de saúde**



Fonte: elaboração própria.



## Gráfico 2 - Ambiente de trabalho

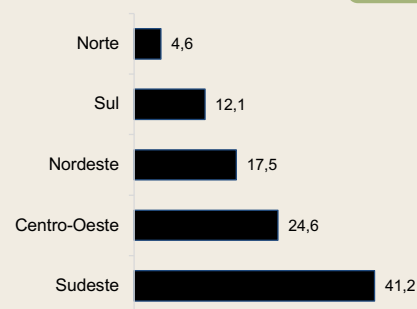


Fonte: elaboração própria.

Quase a totalidade de profissionais (99,4%) consideraram que durante o atendimento às pessoas adultas com obesidade, hipertensão arterial e diabetes *mellitus* é necessário realizar orientações sobre alimentação, todavia, somente cerca de 15% sentiam-se totalmente qualificados para realizá-las. Os gráficos a seguir apontam a frequência de profissionais que realizavam orientações alimentares, além das principais dificuldades apontadas para sua realização (os profissionais puderam indicar mais de um item).

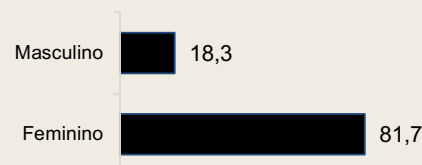
Entre os profissionais que declararam realizar as orientações alimentares em seus atendimentos, o Guia Alimentar para a População Brasileira foi o material de apoio mais citado, seguido pelos Cadernos de Atenção Básica. Apesar desse fato, o Guia Alimentar foi mencionado por apenas 30,5% dos participantes, reforçando a necessidade da ampliação de sua divulgação.

## Gráfico 3 - Região



Fonte: elaboração própria.

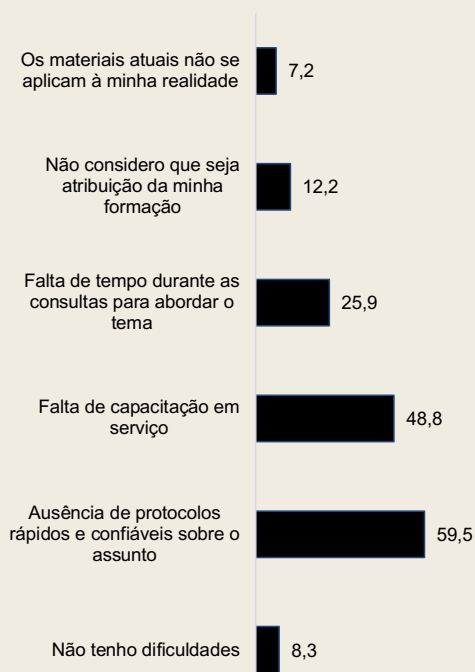
## Gráfico 4 - Sexo



Fonte: elaboração própria.



**Gráfico 5 – Principais dificuldades para realizar orientações alimentares**



Fonte: elaboração própria.

**Gráfico 6 – Orientações alimentares durante o atendimento**



Fonte: elaboração própria.

Em relação àqueles profissionais que consultaram, principalmente, as diretrizes das sociedades ou associações médicas, a mais acessada foi a de Hipertensão e posteriormente a de Diabetes. Houve também, relatos de orientações fundamentadas em materiais veiculados na mídia (internet, jornais ou revistas) ou em experiências familiares, pessoais ou profissionais de sucesso.

A partir desses resultados, percebe-se que os Protocolos de Uso que compõem essa série, uma vez que são materiais curtos, de rápida aplicação e capazes de evidenciar os principais pontos a serem abordados na orientação alimentar, têm o potencial de mitigar a lacuna de instrumentos existentes e qualificar as orientações nutricionais realizadas aos usuários da APS. Além disso, o acesso a um material de fácil utilização, construído a partir de evidências científicas poderá também facilitar a rotina e a melhora da adesão dos usuários às recomendações alimentares, adaptadas às necessidades específicas de suas doenças.

## Gráfico 7 – Principais materiais utilizados para embasar as orientações



Fonte: elaboração própria.

## TECNOLOGIAS DE APOIO E EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS SOBRE ALIMENTAÇÃO E TRATAMENTO DE PESSOAS COM OBESIDADE, HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES *MELLITUS*

Para abarcar as especificidades em torno da alimentação em cada doença abordada nessa coleção, foram selecionadas tecnologias de apoio complementares à tecnologia principal, o Guia Alimentar. Essa seleção foi realizada a partir de um levantamento das principais referências e diretrizes atuais para a orientação alimentar de pessoas com obesidade, hipertensão arterial e diabetes *mellitus*, sendo incorporados: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Sobrepeso e Obesidade em Adultos (2020), Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2020) e Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2019-2020).

As recomendações alimentares para pessoas com obesidade, hipertensão arterial e diabetes *mellitus* têm em sua base a alimentação saudável caracterizada pelo consumo predominante de alimentos *in natura* e minimamente processados e de origem vegetal. Em associação, estão recomendações e pontos específicos a serem observados com a finalidade de atender particularidades relacionadas a cada doença. Veja no Quadro 4 um breve resumo de recomendações alimentares específicas no contexto dessas doenças, que vão além das recomendações gerais abordadas pelo Guia Alimentar.

Com o intuito de verificar a existência de evidências científicas recentes que podem não ter sido consideradas nas tecnologias de apoio selecionadas, foi realizada a

pedido do Ministério da Saúde uma síntese de evidências do tipo Resposta Rápida<sup>1</sup> para cada doença. De modo geral, os resultados observados nessas sínteses estão de acordo com as recomendações apresentadas nas tecnologias selecionadas, ou seja, não foram identificadas novas evidências científicas relevantes que pudessem alterar o escopo das recomendações. Os documentos referentes a essas sínteses de evidências podem ser acessados por meio dos links apresentados no Box.



Síntese de evidências referente à **obesidade**

Link: <https://www.veredas.org/publicacoes/#640>

Síntese de evidências referente à **hipertensão**

Link: <https://www.veredas.org/publicacoes/#646>

Síntese de evidências referente ao **diabetes mellitus**

Link: <https://www.veredas.org/publicacoes/#647>



A síntese de evidências do tipo Resposta Rápida consiste na adaptação de algumas etapas recomendadas para a elaboração de revisões sistemáticas, visando produzir uma síntese das melhores evidências disponíveis em tempo hábil para atender demandas específicas.

**Quadro 4** – Recomendações alimentares, além das abordadas pelo Guia Alimentar, para pessoas com obesidade, hipertensão arterial e diabetes *mellitus*, de acordo com as tecnologias de apoio selecionadas para cada doença.

Doenças	Tecnologia de apoio	Recomendações alimentares
Obesidade	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Sobrepeso e Obesidade em Adultos (2020)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reduzir consumo energético a partir de melhorias qualitativas na dieta, principalmente em relação ao consumo de alimentos ultraprocessados.</li> <li>• Substituir bebidas com adição de açúcar por água.</li> <li>• Não substituir açúcar por adoçante.</li> <li>• Incentivar a ingestão de alimentos em sua forma natural, sem a adição de adoçantes (naturais ou artificiais).</li> </ul>
Hipertensão arterial	Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2020)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adotar padrão alimentar DASH*</li> <li>• Controlar a ingestão de sódio.</li> <li>• Aumentar a ingestão de potássio.</li> <li>• Consumir laticínios com baixo teor de gorduras.</li> </ul>

continua...

conclusão...

Diabetes *Mellitus*

Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2019-2020

- Adotar padrão alimentar mediterrâneo\*\* e DASH.
- Valorizar a qualidade geral dos alimentos é mais importante que a restrição de algum grupo de nutrientes.
- Limitar a ingestão de alimentos ricos em gordura saturada e sal/açúcar de adição.
- Dar preferência aos alimentos grelhados, assados, cozidos no vapor ou crus.
- Não é necessário excluir totalmente a sacarose e alimentos contendo sacarose.
- Evitar o consumo de açúcares ocultos em alimentos industrializados (bebidas açucaradas e alimentos ultraprocessados).
- Não adotar dietas muito baixas em carboidratos (low carb), pois o impacto desse tipo de dieta ainda é inconclusivo.
- Ingerir fibras dietéticas (frutas, verduras, legumes, cereais e grãos integrais, leguminosas).

Fonte: BRASIL, 2020a; BARROSO *et al.*, 2021; SBD, 2019.

#### **\*Padrão alimentar DASH** (*Dietary Approaches to Stop Hypertension*)

Predominância de alimentos de origem vegetal *in natura* e minimamente processados (frutas, legumes, verduras, leguminosas, cereais integrais e oleaginosas) com consumo de laticínios com baixo nível de gordura, aves e peixes e consumo restrito de carnes vermelhas e processadas, bebidas adoçadas e sódio (SACKS *et al.*, 1995).

#### **\*\*Padrão alimentar mediterrânico**

Predominância de alimentos de origem vegetal *in natura* e minimamente processados, alta ingestão de azeite de oliva, consumo baixo a moderado de peixes, aves, ovos, laticínios e vinho tinto e consumo baixo de carnes vermelhas e doces (WILLETT *et al.*, 1995; DAVIS *et al.*, 2015).

## POR QUE OS ALIMENTOS ULTRAPROCESSADOS DEVEM SER EVITADOS

Devido a sua formulação, alimentos ultraprocessados são nutricionalmente desbalanceados. Alimentos *in natura* ou minimamente processados comumente não estão presentes ou representam pequena proporção dos ingredientes desses produtos. Geralmente, a maioria desses alimentos é consumida, ao longo do dia, substituindo preparações culinárias, frutas, leite e água, o que limita o consumo de alimentos *in natura* ou minimamente processados e conseqüentemente reduz a qualidade da alimentação (BRASIL, 2014a).

O consumo elevado de alimentos ultraprocessados está associado ao maior risco de ocorrência de DCNT, tais como obesidade, diabetes tipo 2, síndrome metabólica, doença cardiovascular e câncer (BAKER *et al.*, 2020; ELIZABETH *et al.*, 2020; JUUL *et al.*, 2021; PAGLIAI *et al.*, 2021). O impacto negativo do consumo regular desses alimentos sobre a saúde está além do perfil de nutrientes. Um exemplo dessa relação danosa foi observado em um estudo de intervenção realizado nos Estados Unidos e publicado no ano 2019, onde adultos foram randomizados e, durante 2 semanas, um dos grupos consumiu apenas alimentos ultraprocessados e, o outro, alimentos não processados. As refeições foram padronizadas em relação às mesmas quantidades de calorias, carboidratos, lipídios, sódio e fibra, sendo disponibilizados lanches característicos de cada padrão e água à vontade durante o dia. Observou-se que, no primeiro grupo, a ingestão da dieta à base de alimentos ultraprocessados, levou-o ao maior consumo de calorias e ganho de cerca de 900g, enquanto no outro, verificou-se perda de peso em quantidade semelhante (HALL *et al.*, 2019).

A estrutura dos alimentos parece desempenhar papel central em relação ao impacto deles sobre a saúde das pessoas. O seu processamento gera significativas mudanças em sua matriz, o que pode resultar em impactos diferentes sobre a saúde, quando comparados com alimentos *in natura* ou minimamente processados com composição nutricional semelhante. A grande degradação da matriz alimentar original, que ocorre em alimentos ultraprocessados parece promover menor saciedade, maior resposta glicêmica e impactos negativos sobre a composição, além do metabolismo da microbiota intestinal (FARDET, 2016; JUUL; VAIDEAN; PAREKH, 2021).

Outros atributos dos alimentos ultraprocessados podem também ser prejudiciais à saúde, tais como a presença de determinados aditivos alimentares, a contaminação com agentes cancerígenos formados durante o processamento em altas temperaturas

e os componentes químicos presentes em suas embalagens. Até o momento, nenhum estudo mostrou associação entre o consumo desse tipo de alimentos e benefícios para a saúde (BAKER *et al.*, 2020; ELIZABETH *et al.*, 2020; JUUL; VAIDEAN; PAREKH, 2021).

Além de todos esses efeitos negativos sobre a saúde, o consumo de alimentos ultraprocessados e suas formas de produção, distribuição e comercialização afetam de modo desfavorável a cultura, a vida social e o meio ambiente. Nesse sentido, recomenda-se evitar o seu consumo (BRASIL, 2014a).

## MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR NA APS

Uma etapa essencial para garantir a abordagem adequada sobre alimentação é a avaliação da prática alimentar, visando inferir sobre as escolhas mais frequentes e os padrões saudáveis e não saudáveis adotados pelas pessoas acompanhadas. Realizar a avaliação do consumo de alimentos na rotina da APS é uma ação estratégica de cuidado em saúde, especialmente no acompanhamento individual, que potencializa as demais ações de prevenção e de tratamento realizadas no cotidiano dos serviços.

O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) e o e-SUS APS disponibilizam os formulários de marcadores de consumo alimentar, permitindo a inferência sobre os seus padrões na população brasileira. Os formulários avaliam os alimentos consumidos no dia anterior, o que ameniza o esquecimento em relação ao que foi ingerido. Por ser um instrumento simples, rápido e prático qualquer profissional da equipe de APS pode utilizar e realizar a avaliação de pessoas de qualquer idade, evento ou fase do curso da vida, a partir das informações obtidas (BRASIL, 2015). O Ministério da Saúde publicou, em 2015, um manual instrutivo sobre a utilização dos formulários de marcadores, que pode ser acessado clicando na figura ao lado.



Orientações para Avaliação de  
**MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR**  
na Atenção Básica

A utilização do formulário de marcadores deve seguir as recomendações padronizadas pelo Ministério da Saúde, disponíveis na página da estratégia e-SUS (<https://aps.saude.gov.br/ape/esus/documentos/nt>). O registro deve ser feito em

instrumentos das equipes de APS e dos usuários (como prontuários, formulários de informação vigentes e cadernetas de saúde), bem como, no sistema de informação vigente (e-SUS APS e SISVAN)". Após o registro, recomenda-se que gestores e equipes façam o monitoramento da situação alimentar da população por meio dos relatórios públicos do SISVAN (<http://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/index>).

Nos protocolos aqui abordados, o formulário foi incluído a fim de direcionar as recomendações alimentares adequadas e saudáveis, segundo os pontos observados na avaliação do consumo alimentar do usuário.

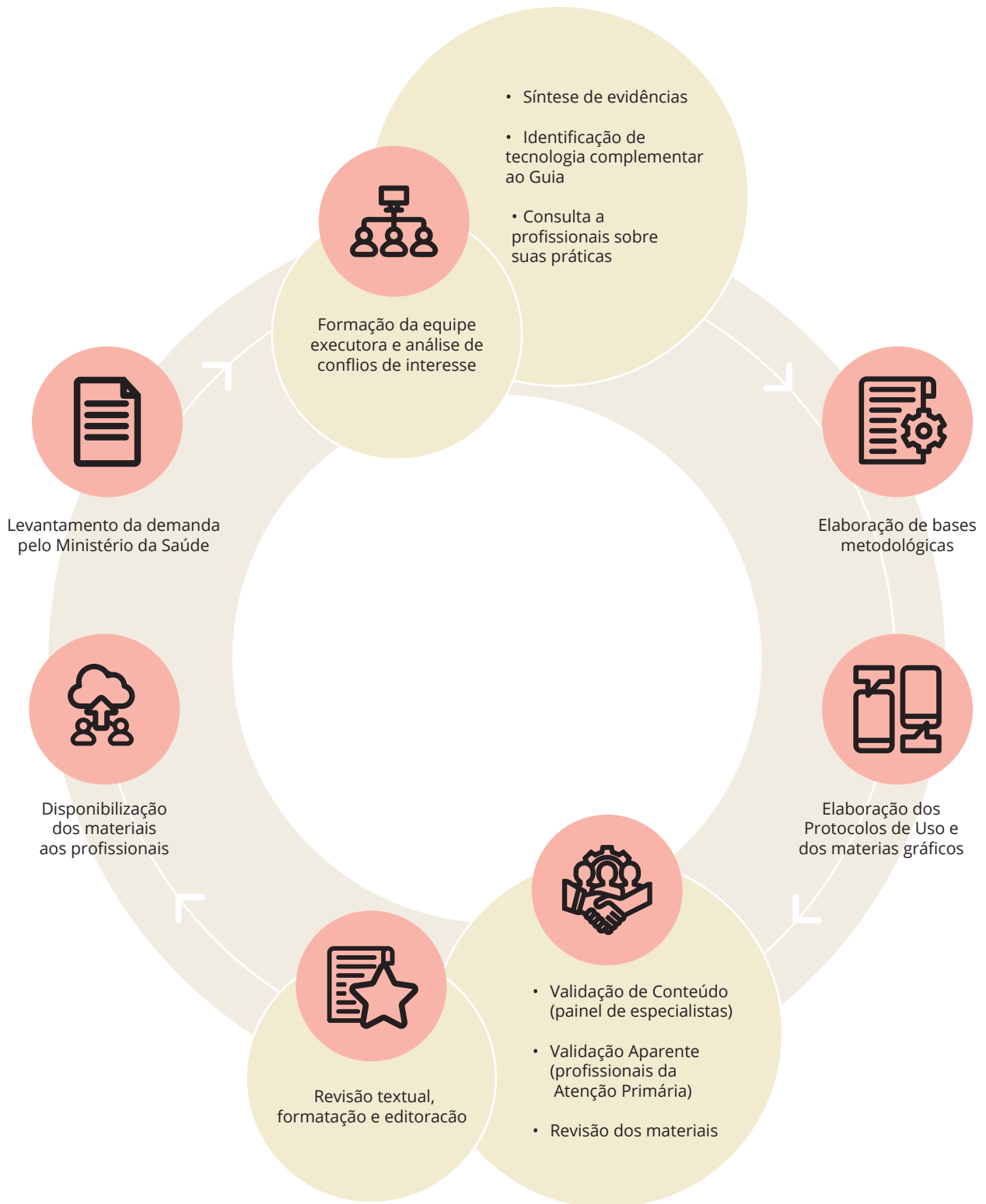
### **ELABORAÇÃO DOS PROTOCOLOS DE USO DO GUIA ALIMENTAR PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA NA ORIENTAÇÃO ALIMENTAR DE PESSOAS ADULTAS COM OBESIDADE, HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES *MELLITUS***

Foram elaborados quatro volumes para essa série. Esse primeiro aborda o referencial teórico e a base metodológica utilizada no processo de elaboração. Os três volumes seguintes são os protocolos destinados ao cuidado de pessoas com obesidade, hipertensão arterial e diabetes *mellitus*, contendo orientações alimentares que integram as características e especificidades de cada uma dessas DCNT às recomendações presentes no Guia Alimentar. Além disso, foi elaborado o material gráfico, passível de ser impresso, com as principais mensagens orientativas que poderá ser entregue aos usuários no momento do atendimento, apoiando o cuidado individual dessa população acompanhada na APS.

Conforme mencionado, o formulário de avaliação de marcadores do consumo alimentar será utilizado como ferramenta para avaliação do consumo alimentar. Na sequência, para auxiliar os profissionais na conduta e no direcionamento das orientações alimentares, foi incluído em cada um dos três protocolos um fluxograma orientativo, acompanhado de instruções específicas acerca de cada ponto.

O caminho percorrido para a elaboração dos presentes Protocolos de Uso está apresentado na Figura 1.

**Figura 1** – Etapas desenvolvidas para elaboração dos Protocolos de Uso do Guia Alimentar para a População Adulta Brasileira com obesidade, hipertensão arterial e diabetes.



Fonte: elaboração própria.



Os processos de Validação de Conteúdo e de Validação Aparente foram realizados por meio de painel de especialistas e parecer de profissionais da APS, respectivamente (RUBIO *et al.*, 2003; GABE, 2018; STREINER; NORMAN; CAIRNEY, 2015). Essas validações tiveram como finalidade verificar a clareza e a pertinência dos instrumentos produzidos, a fim de que os produtos finais possam ser compreendidos pelos profissionais atuantes na APS, detendo conteúdo útil e adequado para ser aplicado na sua prática clínica.

Espera-se, que a utilização dos protocolos nos serviços de saúde contribua com o aperfeiçoamento do cuidado com os usuários, além de que suas informações repercutam positivamente na alimentação, melhorando a qualidade das escolhas. O uso dos protocolos no cotidiano dos serviços possibilitará a aproximação do profissional de saúde com mensagens científicas e diretrizes sobre alimentação, considerando as necessidades, motivações, preferências e possibilidades do usuário. Sendo assim, convidamos você a integrar o grupo de profissionais de saúde que, por meio do uso dos Protocolos, contribuirá com a promoção da alimentação adequada e saudável como estratégia para a melhoria das condições de saúde da população brasileira.



Imagem: Guia Alimentar para População Brasileira do Ministério da Saúde

# REFERÊNCIAS

BAKER, P. *et al.* Ultra-processed foods and the nutrition transition: Global, regional and national trends, food systems transformations and political economy drivers. **Obes Rev**, v. 21, n. 12, p. e13126, 2020.

BARROSO, W. K. S. *et al.* Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 116, n. 3, p. 516-658, 2021.

BRASIL. Ministério da Economia. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa nacional de saúde**: 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões. Rio de Janeiro: IBGE, 2020b.

BRASIL. Ministério da Economia. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa nacional de saúde**: 2019: atenção primária à saúde e informações antropométricas: Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2020c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 22 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica nº 35**. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos. **Portaria SCTIE/MS Nº 53, de 11 de novembro de 2020**. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Sobrepeso e Obesidade em Adultos. Brasília: MS, 2020a. Disponível em: [http://conitec.gov.br/images/Protocolos/20201113\\_PCDT\\_Sobrepeso\\_e\\_Obesidade\\_em\\_Adultos\\_29\\_10\\_2020\\_Final.pdf](http://conitec.gov.br/images/Protocolos/20201113_PCDT_Sobrepeso_e_Obesidade_em_Adultos_29_10_2020_Final.pdf). Acesso em: 16 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Poder Legislativo. **Emenda Constitucional nº 64, de 4 de fevereiro de 2010**. Altera o art. 6º da Constituição Federal, para introduzir a alimentação como direito social. Brasília, DF: Senado Federal, 2010. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc64.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc64.htm). Acesso em: 22 mar. 2021.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 07 abr. 2021.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.234, de 17 de setembro de 1991**. Regulamenta a profissão de Nutricionista e determina outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1991. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/1989\\_1994/L8234.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1989_1994/L8234.htm). Acesso em: 12 abr. 2021.

COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (CONITEC). Protocolos e Diretrizes. **Conitec.gov.br**, [Brasília], 07 mar. 2016, 11:45. Disponível em: <http://conitec.gov.br/index.php/protocolos-e-diretrizes>. Acesso em: 07 abr. 2021. Acesso em: 31 mar. 2022.

DAVIS, C. *et al.* Definition of the Mediterranean Diet: A Literature Review. **Nutrients**, v. 7, n. 11, p. 9139-9153, 2015.

ELIZABETH, L. *et al.* Ultra-Processed Foods and Health Outcomes: A Narrative Review. **Nutrients**, v. 12, n. 7, 2020.

FARDET, A. Minimally processed foods are more satiating and less hyperglycemic than ultra-processed foods: a preliminary study with 98 ready-to-eat foods. **Food Funct**, v. 7, n.5, p. 2338-2346, 2016.

FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION OF THE UNITED NATIONS (FAO) *et al.* **The State of Food Security and Nutrition in the World 2020**. Transforming food systems for affordable healthy diets. Rome, FAO, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.4060/ca9692en>. Acesso em: 20 abr. 2021.

GABE, K. T. **Desenvolvimento e validação de uma escala autoaplicável para avaliação da alimentação segundo as recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira**. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2018.

HALL, K. D. *et al.* Ultra-Processed Diets Cause Excess Calorie Intake and Weight Gain: An Inpatient Randomized Controlled Trial of Ad Libitum Food Intake. **Cell Metab**, v. 30, n. 1, p. 226, 2019.

JUUL, F. *et al.* Ultra-Processed Foods and Incident Cardiovascular Disease in the Framingham Offspring Study. **J Am Coll Cardiol**, v. 77, n. 12, p. 1520-1531, 2021.

JUUL, F.; VAIDEAN, G.; PAREKH, N. **Ultra-processed Foods and Cardiovascular Diseases**: Potential Mechanisms of Action. [s.l]: Adv Nutr, 2021.

MALTA, D. C. *et al.* Fatores de risco relacionados à carga global de doença do Brasil e Unidades Federadas, 2015. **Rev Bras Epidemiol.**, v. 20, supl. 1, p. 217-232, 2017.

MONTEIRO, C. A. *et al.* Ultra-processed foods: what they are and how to identify them. **Public. Health Nutr.**, v. 22, n. 5, p. 936-941, 2019.

NCD RISK FACTOR COLLABORATION (NCD-RISC). Worldwide trends in blood pressure from 1975 to 2015: a pooled analysis of 1479 population-based measurement studies with 19·1 million participants. **Lancet**, v. 389, n. 10064, p. 37-55, 2017.

NILSON, E. A. F. *et al.* Custos atribuíveis a obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2018. **Rev. Panam. Salud. Publica**, v. 44, n. 32, 2020.

PAGLIAI, G. *et al.* Consumption of ultraprocessed foods and health status: a systematic review and meta-analysis. **Br. J. Nutr.**, v. 125, n. 3, p. 308-318, 2021.

REIS, E. C.; RODRIGUEZ, L. S.; RODRIGUES, P. A. F. Atenção Básica: a linha que costura o cuidado ao sujeito com obesidade. In: SILVA, A.C.F; MOTTA, A.L.B; CASEMIRO, J.P.C.(org.). **Alimentação e Nutrição na Atenção Básica**: Reflexões cotidianas e contribuições para práticas do cuidado. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2021.

RUBIO, D. M. *et al.* Objectifying content validity: Conducting a content validity study in social work research. **Soc. Work. Res.**, v. 27, n. 2, p. 94-104, 2003.

SACKS, F. M. *et al.* Rationale and design of the Dietary Approaches to Stop Hypertension trial (DASH). A multicenter controlled-feeding study of dietary patterns to lower blood pressure. **Ann Epidemiol**, v. 5, n. 2, p. 108-118, 1995.

SAEEDI, P. *et al.* Global and regional diabetes prevalence estimates for 2019 and projections for 2030 and 2045: Results from the International Diabetes Federation Diabetes Atlas, 9. **Diabetes Res. Clin. Pract.**, v. 157, n. 107843, 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes**: 2019-2020. São Paulo: Clannad; 2019.

STREINER, D. L., NORMAN, G. R., CAIRNEY, J. **Health Measurement Scales**: A practical guide to their development and use. 5. ed. v. 1. Oxford: Oxford University Press; 2015.

WERNECK, M. A. F.; FARIA, H. P.; CAMPOS, K. F. C. Protocolos de cuidado à saúde e de organização do serviço. Belo Horizonte: Nescon/UFMG; Coopmed, 2009. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1750.pdf>. Acesso em: 07 abr. 2021.

WILLETT, W. C. *et al.* Mediterranean diet pyramid: a cultural model for healthy eating. **Am. J. Clin. Nutr.**, v. 61, n. 6 Suppl, p. 1402S-1406S, 1995.

Conte-nos o que pensa sobre esta publicação. [Clique aqui](#) e responda a pesquisa.



DISQUE SAÚDE **136**

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde  
[bvsm.s.saude.gov.br](http://bvsm.s.saude.gov.br)



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE

Governo  
Federal

## ANEXO 2 – Síntese de Evidências

maio de 2021

Revisão  
Rápida

**Intervenções  
dietéticas efetivas  
para o tratamento  
da obesidade e do  
sobrepeso em  
adultos**



**INSTITUTO  
VEREDAS**  
caminhos em políticas públicas





maio de 2021

**Revisão  
Rápida**

**Intervenções  
dietéticas efetivas  
para o tratamento  
da obesidade e do  
sobrepeso em  
adultos**



---

### Responsáveis pela elaboração

A equipe de elaboração foi mobilizada e supervisionada por Laura Boeira, diretora do Instituto Veredas. O Instituto de Saúde da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo foi a instituição parceira na execução.

#### **Cecilia Setti**

Pesquisadora com aperfeiçoamento no Programa de Aprimoramento Profissional em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Secretaria de Estado da Saúde/SP  
<http://lattes.cnpq.br/7263241113247463>

#### **Cintia Freitas de Oliveira**

Diretora Técnica do Núcleo de Fomento e Gestão de Tecnologias de Saúde  
Instituto de Saúde - SES/SP  
<http://lattes.cnpq.br/7208829930476629>

#### **Daiane Sousa Melo**

Diretora Técnica do Núcleo de Fomento e Gestão de Tecnologias de Saúde  
Instituto de Saúde - SES/SP  
<http://lattes.cnpq.br/7208829930476629>

#### **Laura dos Santos Boeira**

Diretora Executiva  
Instituto Veredas  
<http://lattes.cnpq.br/3850708594620380>

#### **Maritsa Carla de Bortoli**

Pesquisadora Científica  
Diretora do Centro de Tecnologias de Saúde para o SUS-SP  
Instituto de Saúde – SES/SP  
<http://lattes.cnpq.br/7215886815063954>

#### **Peter DeMaio**

Pesquisador visitante  
Instituto Veredas  
<https://www.linkedin.com/in/peter-demaio-8630961a4/?originalSubdomain=ca>

### Financiamento

A presente revisão rápida foi financiada pela AF/OS No: 8502/2021, vinculada ao projeto 6992 - OPAS/FINATEC - Protocolos de Uso do Guia Alimentar para a População Brasileira para orientação alimentar de pessoas adultas com obesidade, hipertensão arterial e diabetes mellitus. O protocolo da revisão foi validado pela equipe da professora Vivian Siqueira Santos Gonçalves do Departamento de Nutrição da Universidade de Brasília

Esta Revisão Rápida utilizou os métodos descritos por Silva e colegas, para a identificação e síntese de evidências de revisões sistemáticas sobre a questão de interesse: SILVA, Marcus Tolentino; DA SILVA, Everton Nunes; BARRETO, Jorge Otávio Maia. Rapid response in health technology assessment: a Delphi study for a Brazilian guideline. BMC medical research methodology, v. 18, n. 1, p. 51, 2018.

Publicação disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons 4.0 Internacional, permitida a reprodução parcial ou total, desde que citada a fonte.

#### **SUGESTÃO DE CITAÇÃO:**

Oliveira CF; Setti C; Melo DS; Bortoli MC; DeMaio P; Boeira LS. Revisão Rápida: Intervenções dietéticas efetivas para o tratamento da obesidade e do sobrepeso em adultos. Brasília: Instituto Veredas, 2021.

---

# Sumário

Resumo Executivo	5
<b>1. Contexto</b>	<b>6</b>
<b>2. Pergunta da pesquisa</b>	<b>8</b>
<b>3. Métodos</b>	<b>8</b>
<b>3.1</b> Critérios de inclusão e exclusão	<b>8</b>
<b>3.2</b> Bases de dados e estratégia de busca	<b>10</b>
<b>3.3</b> Seleção de evidências	<b>10</b>
<b>3.4</b> Extração e análise dos dados	<b>10</b>
<b>3.5</b> Avaliação da qualidade metodológica	<b>10</b>
<b>3.6</b> Atalhos para a Revisão Rápida	<b>11</b>
<b>4. Resultados</b>	<b>11</b>
<b>4.1</b> Seleção dos estudos	<b>11</b>
<b>4.2</b> Síntese dos resultados	<b>13</b>
<b>5. Considerações Finais</b>	<b>18</b>
<b>6. Referências</b>	<b>20</b>
<b>Apêndice 1:</b> Termos e resultados das estratégias de busca	<b>23</b>
<b>Apêndice 2:</b> Características das revisões sistemáticas incluídas	<b>24</b>

## Resumo Executivo

### Pergunta

Quais são as mais efetivas estratégias alimentares para o tratamento de pessoas com obesidade ou sobrepeso em serviços de saúde?

### Métodos

As buscas na literatura foram realizadas em quatro bases de dados, com restrição de ano de publicação (a partir do ano 2015). Foram incluídas revisões sistemáticas em inglês, português e espanhol que avaliaram o efeito de dietas no tratamento da obesidade e sobrepeso na população adulta em serviços de saúde. Nesta revisão rápida, produzida em dez dias, a seleção dos artigos, a extração dos dados de interesse e avaliação da qualidade metodológica (por meio do instrumento AMSTAR 2) foram realizadas por um(a) único(a) pesquisador(a).

### Resultados

Foram incluídas 09 revisões sistemáticas, a maioria com qualidade metodológica criticamente baixa, de acordo com critérios do AMSTAR 2. Dentre as intervenções analisadas, foram identificadas dietas com foco na **restrição de energia, redução de macronutrientes específicos (com ou sem redução de energia), ciclos de “jejum” intermitente e dietas específicas (como a Dieta Mediterrânea e a Dieta Nórdica)**. Considerando os desfechos de interesse, a maioria dos estudos avaliou a redução do peso ou Índice de Massa Corporal (IMC), e um trabalho apresentou dados sobre o perímetro da cintura. No geral, as dietas foram descritas como efetivas para obter resultados positivos nos desfechos relacionados à obesidade ou ao sobrepeso. Apenas um estudo trouxe informações sobre eventos adversos (queda de cabelo, aumento das infecções do trato respiratório superior e constipação intestinal) relacionados ao modelo de ciclos de “jejum” intermitente.

### Conclusão e limitações

**Os estudos incluídos nesta revisão, apesar de informarem resultados positivos das dietas nos desfechos relacionados à obesidade ou ao sobrepeso (redução de peso, de IMC ou do perímetro da cintura), foram avaliados com qualidade criticamente baixa ou baixa. Isso significa que o grau de confiança que pode ser atribuído a esses achados é pequeno e, portanto, mais estudos são necessários para afirmar com segurança o efeito das dietas nos desfechos de obesidade e sobrepeso.** Esta revisão possui outras limitações que precisam ser consideradas na interpretação dos achados, como as restrições relativas à metodologia de sínteses rápidas, com filtros, processos de seleção e extração e critérios de elegibilidade reduzidos.

Em relação às limitações dos estudos primários que compõem as revisões sistemáticas incluídas, de maneira geral, estes apresentaram número pequeno de indivíduos, além de populações e intervenções muito heterogêneas e pequenos períodos de seguimento, o que dificulta a análise da efetividade de diferentes estratégias dietéticas, bem como a extrapolação dos resultados para contextos diversos.

## 1. Contexto

A obesidade é uma doença crônica, multifatorial, cuja prevalência vem aumentando em adultos, adolescentes e crianças, e é considerada uma epidemia global<sup>1-3</sup>, estando associada à redução na expectativa de vida. Valores aumentados do Índice de Massa Corporal (IMC) estão diretamente relacionados ao maior número de mortes por todas as causas de doenças cardiovasculares<sup>2</sup>.

A etiologia da obesidade é multifatorial, podendo ser influenciada por características hereditárias, do ambiente, e pela interação entre os fatores genéticos e os fatores ambientais<sup>3</sup>. A doença pode acometer as pessoas em quaisquer fases do curso da vida, sendo que algumas situações podem contribuir para seu desenvolvimento, como o uso de contraceptivos, gestação e menopausa nas mulheres, ou as alterações de estilo de vida e o envelhecimento que ocorrem em ambos os gêneros<sup>4</sup>. Essas alterações de estilo de vida, incluindo as alterações na dieta e no nível de atividade física ou sedentarismo, apresentam maior impacto para a obesidade<sup>4</sup>. No entanto, algumas condições clínicas podem desencadear os processos de aumento de peso, como o hipotireoidismo, a síndrome dos ovários policísticos, deficiências da expressão do hormônio do crescimento, doença de *Cushing*, etc., bem como tratamentos farmacológicos com drogas antipsicóticas, antidepressivos, anti-epiléticos, hipoglicemiantes orais, etc. Outra condição que apresenta influência para o aparecimento da obesidade, é a situação socioeconômica, sendo observado aumento das taxas de sobrepeso e obesidade especialmente entre as classes sociais menos favorecidas, o que pode estar relacionado a fatores de insegurança alimentar, de educação e ambientais<sup>4</sup>.

Revisões sistemáticas realizadas sem foco no contexto dos serviços de saúde apontaram que dietas podem ter efeito positivo para desfechos relacionados à obesidade e ao sobrepeso. Em estudo de 2017, a Dieta de Atkins mostrou a maior evidência na produção de perda de peso clinicamente significativa em curto ( $\leq$  seis meses) e longo prazo ( $\geq$  um ano)<sup>5</sup>. A Dieta cetogênica também foi objeto de revisão sistemática recente, que encontrou efeitos positivos para diversos desfechos de obesidade e sobrepeso no curto prazo<sup>6</sup>. Outras dietas populares podem ser igualmente ou até mais eficazes na produção de perda de peso, mas parece haver poucos estudos sobre essas dietas<sup>5</sup>, não estando claro seus efeitos a longo prazo para a saúde e os aspectos emocionais e culturais envolvidos em sua adoção.

A adesão às orientações presentes em guias e diretrizes alimentares nacionais pela população parece estar relacionado com melhores resultados em relação à obesidade<sup>7</sup>. Uma revisão sistemática de 2019 indicou que participantes de

iniciativas de manejo de peso e orientação nutricional se sentem atraídos por programas considerados novos ou empolgantes, que sejam endossados por seus profissionais de saúde de confiança. Atividades propostas em grupo e com maior intensidade de encontros tiveram grande aceitabilidade, ancoradas na sensação de pertencimento junto a pessoas que compartilhavam de questões semelhantes, e que tinham corpos e personalidades parecidos. No entanto, alguns participantes descreveram dificuldades com atividades físicas (muitas vezes por causa de comorbidades físicas) e nem todos gostavam de interação em grupo com outras pessoas (às vezes relacionado a comorbidades de saúde mental)<sup>8</sup>.

Algumas características valorizadas em programas de manejos de peso foram<sup>9</sup>:

- Relacionamentos de apoio com os provedores - percebidos como o recurso mais crítico para o sucesso; também amplamente e entusiasticamente valorizados foram os serviços especificamente direcionados ou adaptados para atender às necessidades e preferências do usuário.
- Formato de entrega da intervenção (se presencial, através de aplicativos, com ou sem uso de material de suporte) - mas as opiniões foram divididas quanto a quais abordagens de entrega mais adequadas.
- Experiências de encaminhamento para serviços, fatores contextuais, socioculturais, psicológicos e de recursos

As evidências sobre o valor percebido dos exercícios, aconselhamento dietético e componentes de definição de metas foram relativamente menos extensas e menos consistentes.

Em 2014, foi lançado o Guia alimentar para a população brasileira<sup>10</sup> que indica que apesar da intensa redução da desnutrição em crianças, as deficiências de micronutrientes e a desnutrição crônica ainda são prevalentes em grupos vulneráveis da população, como em indígenas, quilombolas, crianças e mulheres que vivem em áreas vulneráveis. Simultaneamente, o Brasil vem enfrentando aumento expressivo do sobrepeso e da obesidade em todas as faixas etárias, e as doenças crônicas são a principal causa de morte entre adultos. O excesso de peso acomete um em cada dois adultos e uma em cada três crianças brasileiras<sup>10</sup>. Para o enfrentamento desse cenário, é emergente a necessidade da ampliação de ações intersetoriais que repercutam positivamente sobre os diversos determinantes da saúde e nutrição. Nesse contexto, o setor saúde tem importante papel na promoção da alimentação adequada e saudável, compromisso expresso na Política Nacional de Alimentação e Nutrição<sup>11</sup> e na Política Nacional de Promoção da Saúde<sup>12</sup>.

Essa revisão rápida faz parte do esforço de elaboração dos Protocolos de Uso do Guia Alimentar para a População Brasileira para orientação alimentar de pessoas adultas com obesidade, hipertensão arterial e diabetes mellitus acompanhadas na Atenção Primária à Saúde.

## 2. Pergunta da pesquisa

Quais são as mais efetivas estratégias alimentares para o tratamento de pessoas com obesidade ou sobrepeso em serviços de saúde?

## 3. Métodos

Para responder à pergunta de pesquisa foi elaborada uma revisão rápida, que consiste na adaptação de algumas etapas recomendadas para a elaboração de revisões sistemáticas proposta por Thomas, Newman e Oliver (2013)<sup>13</sup>, visando produzir uma síntese das melhores evidências disponíveis em tempo hábil para atender demandas específicas. As adaptações previstas para esta revisão rápida encontram-se descritas no item 3.6 Atalhos para revisão rápida.

### 3.1 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídas revisões sistemáticas de ensaios clínicos, de estudos observacionais ou de estudos qualitativos, com ou sem metanálises, e *overviews*; publicadas em inglês, espanhol e português; a partir de 2015 e que analisavam estratégias alimentares para pessoas com obesidade ou sobrepeso em acompanhamento clínico nos serviços de saúde. Não foram incluídos estudos primários, *scoping reviews*, revisões de literatura, *policy briefs*. Os critérios de elegibilidade encontram-se descritos no Quadro 1.

Quadro 1: Critérios de inclusão e exclusão dos estudos.

ELEMENTO	INCLUSÃO	EXCLUSÃO
População	Adultos com obesidade (IMC > 30 kg/m <sup>2</sup> ), ou sobrepeso (IMC entre 25,0 e 29,9 Kg/m <sup>2</sup> ) com ou sem comorbidades associadas.	Pessoas com menos de 18 anos ou mais de 59; Mulheres gestantes ou puérperas. Pacientes com transtornos alimentares ou em preparo/pós-operatório de cirurgia bariátrica.
Intervenção	Intervenções dietéticas: Dietas, Comida, Nutrição, Alimentação, Estratégias alimentares e Estratégias combinadas) realizadas no contexto dos serviços de saúde.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervenções dietéticas que eram parte de estratégias combinadas, por exemplo, alimentação em associação a medicamentos, atividade física etc. Quando não era possível extrair dados específicos sobre alimentação;</li> <li>- Intervenções dietéticas e suplementação relacionadas ao preparo/pós-operatório de cirurgia bariátrica;</li> <li>- Controle de peso durante a gestação;</li> <li>- Suplementos nutricionais;</li> <li>- Intervenções tecnológicas, como aplicativos para prescrição ou seguimento dos pacientes;</li> <li>- Intervenções realizadas fora do contexto dos serviços de saúde ou em contexto não especificado.</li> <li>- Intervenções dietéticas não prescritas por profissionais de saúde e/ou realizadas fora dos serviços de saúde.</li> </ul>
Comparação	Nenhuma intervenção, outra intervenção dietética ou intervenções não-dietéticas.	-
Desfecho	Obesidade; Sobrepeso; Obesidade abdominal; Obesidade visceral; Obesidade central; Peso corporal; Perda de peso; Ganho de peso; Manejo da obesidade; Trajetória do peso corporal; IMC; Perímetros da cintura, quadril ou pescoço; Gordura Corporal; Mudança de comportamentos alimentares; Eventos adversos.	Alterações em exames laboratoriais ou de imagem, qualidade de vida, melhora ou piora no quadro clínico de outras doenças que não seja a obesidade.
Tipo de estudo	Revisões sistemáticas ou <i>overviews</i> publicadas a partir de 2015.	Estudos primários e outras sínteses de evidências.

Fonte: Elaboração própria



### 3.2 Bases de dados e estratégia de busca

Foram pesquisadas as seguintes bases indexadas no dia 03 de março de 2021: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Health Systems Evidence*, Epistemonikos e Pubmed. Além do filtro por tipo de estudo (Revisões sistemáticas e *overviews* de revisões sistemáticas), foi aplicado um filtro de ano de publicação de modo a incluir publicações a partir de 2015. A estratégia de busca foi adaptada para cada base indexada e está descrita no **Apêndice 1**.

### 3.3 Seleção de evidências

Os títulos e resumos foram rastreados para avaliar sua adequação aos critérios apresentados no Quadro 1 e os textos completos selecionados foram lidos na íntegra para certificar a elegibilidade dos estudos em relação a estes critérios e à pergunta de pesquisa. O processo de seleção de estudos pela leitura de títulos e resumos foi realizado com a utilização do aplicativo para gerenciamento bibliográfico Rayyan QCRI<sup>14</sup>. Os estudos incluídos na etapa de triagem foram lidos na íntegra para confirmação de sua elegibilidade.

### 3.4 Extração e análise dos dados

Por meio de uma planilha Excel, os seguintes dados foram extraídos de cada estudo incluído: autor; ano; objetivo do estudo; países de realização dos estudos primários; características da amostra; tipo de intervenção com definição, local e tempo de seguimento; se houve comparador e qual foi; desfechos do estudo; eficácia/efetividade da intervenção; se houve informações de custo/impacto financeiro; eventos adversos; limitações; conclusão do estudo; conflitos de interesse (incluindo financiamento, quando disponível).

### 3.5 Avaliação da qualidade metodológica

A qualidade metodológica dos estudos selecionados foi avaliada utilizando o escore proposto pela ferramenta *Assessing the Methodological Quality of Systematic Reviews* (AMSTAR-2)<sup>15</sup> para revisões sistemáticas. Nessa ferramenta, as revisões sistemáticas são avaliadas em relação a 16 domínios críticos e não-críticos sobre a metodologia adotada, tais como a formulação da pergunta de pesquisa, a forma como as buscas e extrações foram feitas, a avaliação de vieses e a combinação dos resultados dos estudos primários para chegar a conclusões. Assim, a qualidade metodológica dos estudos é classificada como criticamente baixa (quando mais de um domínio crítico não foi observado ou relatado com transparência), baixa (quando um domínio crítico e um não-crítico não foram observados ou relatados com transparência), moderada (quando apenas domínios não-críticos não foram observados) e alta (quando no máximo um domínio não-crítico não foi observado ou relatado).

### 3.6 Atalhos para a Revisão Rápida

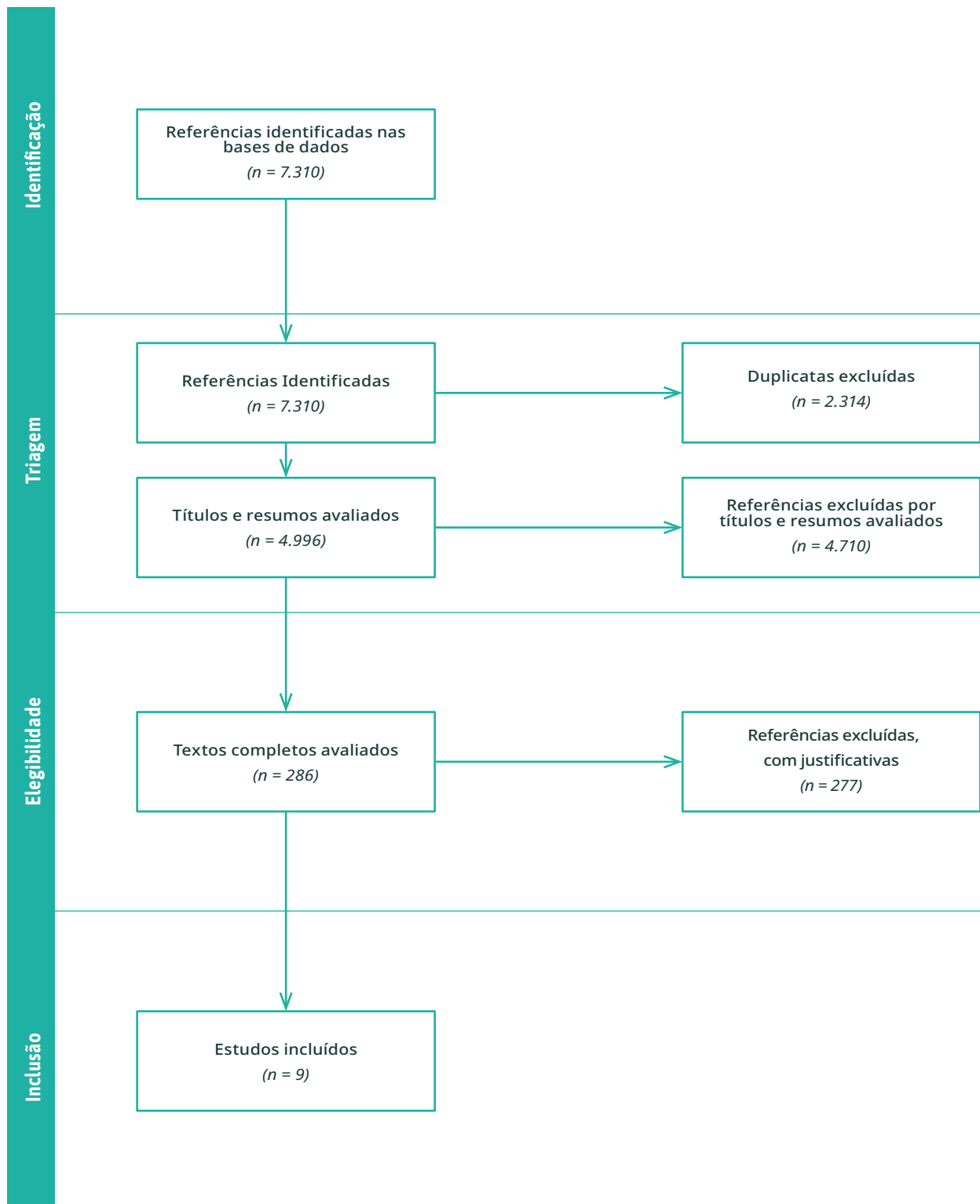
Por se tratar de uma revisão rápida produzida em um prazo de dez dias, a seleção, extração dos artigos e avaliação da qualidade metodológica foram realizadas por um(a) único(a) pesquisador(a). Eventuais dúvidas foram resolvidas através de consenso ou consulta aos demandantes do estudo.

## 4. Resultados

### 4.1 Seleção dos estudos

Dos 7.310 relatos encontrados nas bases de dados, 4.996 não se tratavam de duplicatas, os quais foram avaliados considerando títulos e resumos (Figura 1). Destes, 285 estudos elegíveis foram lidos na íntegra, dos quais 275 foram excluídos por não atenderem aos critérios de elegibilidade. Outros dois textos não foram encontrados para leitura na íntegra. Desta forma, foram incluídas 9 revisões sistemáticas que atenderam aos critérios de elegibilidade<sup>17-25</sup> (Figura 1). A lista de estudos excluídos e suas razões foi elaborada e arquivada para consultas mediante solicitação ao grupo de autores.

Figura 1. Fluxograma PRISMA



Fonte: Elaboração própria, adaptada da recomendação PRISMA<sup>16</sup>.

#### 4.2 Síntese dos resultados

As características das revisões sistemáticas incluídas e um resumo dos resultados são apresentados no Apêndice 2.

Com relação à confiança nos resultados avaliada pela qualidade metodológica (Figura 2), cinco revisões foram avaliadas com confiança criticamente baixa<sup>17-21</sup> e quatro com confiança baixa<sup>22-25</sup>.

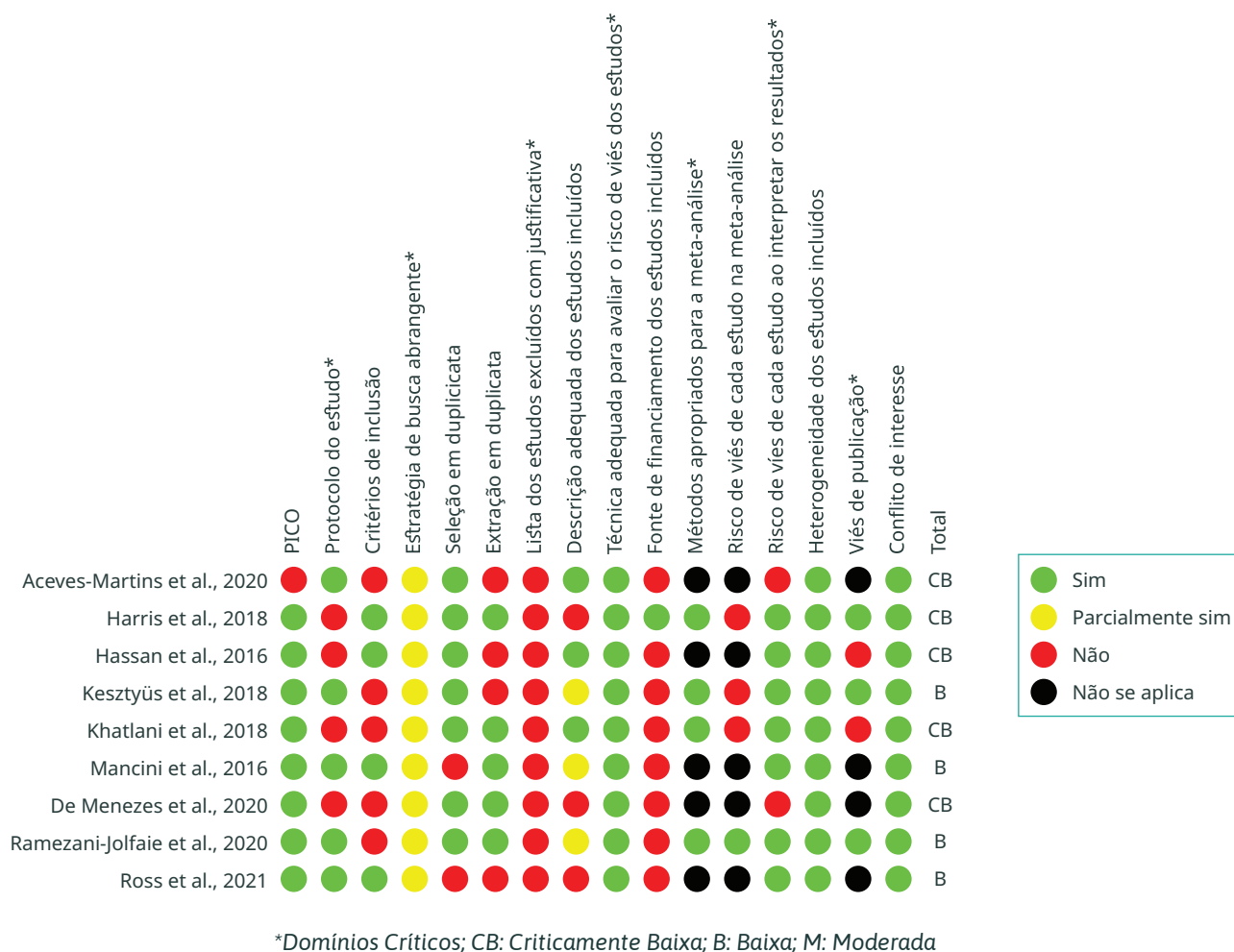
Os estudos primários incluídos nas revisões sistemáticas foram conduzidos na Inglaterra, Escócia, Reino Unido, Estados Unidos da América, Suécia, Holanda, México, Arábia Saudita, Canadá, Itália, Austrália, Nova Zelândia, Alemanha, Finlândia, Irã, Dinamarca e Islândia. Oito revisões sistemáticas incluíram essa informação<sup>17-23,25</sup>.

A amostra de participantes com obesidade variou de 81<sup>25</sup> a 998<sup>24</sup> pessoas. **No caso de revisões sistemáticas com intervenções combinadas, ou que incluíam adultos e idosos, foram extraídas informações dos estudos primários que atendiam aos critérios de inclusão, sempre que os dados estratificados permitiam esse isolamento.**

Foram identificadas 04 intervenções: dietas com restrição de energia<sup>18,20,21,25</sup>; dietas com restrição de macronutrientes (com ou sem redução de energia)<sup>19,21</sup>; dietas com ciclos de “jejum” intermitente<sup>17</sup>; e dietas específicas<sup>23-24</sup>.

Os comparadores mais frequentes foram outros tipos de dietas, combinadas ou não com outras intervenções. Um estudo usou metformina ou somente atividade física como controles<sup>20</sup> e outro apresentou como comparador uma série de consultas de aconselhamento para controle comportamental do peso por 12 semanas<sup>21</sup> - as consultas de aconselhamento eram semanais, realizadas com enfermeiras e guiadas por uma cartilha que apresentava como realizar definição de metas, monitoramento e *feedback*, além de conselhos sobre tipos de alimentos, controle de porções e atividade física<sup>26</sup>.

**Figura 2.** Qualidade metodológica das revisões sistemáticas



Fonte: Elaboração própria.

**Diets com restrição de energia - Sem especificação de macronutrientes**

Na revisão sistemática de Aceves-Martins e colaboradores (2020)<sup>21</sup>, dentre os vinte estudos primários incluídos, apenas um apresentou dieta com restrição de energia e foi realizado com o público e no contexto dessa revisão rápida. Este estudo avaliou a **dieta com restrição calórica (810 kcal/dia)**, que durou 8 semanas, seguida de 4 semanas de reintrodução alimentar e consultas para controle comportamental. As consultas para controle comportamental eram semanais e focadas em como realizar definição de metas, monitoramento e feedback, além de conselhos sobre tipos de alimentos, controle de porções e atividade física<sup>26</sup>. A intervenção, em 12 meses, promoveu em média redução de 10,2 Kg de peso, e 3,6 unidades de IMC (Kg/m<sup>2</sup>), enquanto somente as consultas para controle comportamental do peso por 12 semanas apresentaram redução de 3,5 Kg e 1,2 unidades de IMC (Kg/m<sup>2</sup>) no mesmo período.

Hassan e colaboradores (2016)<sup>18</sup> apresentam em sua revisão sistemática apenas um estudo com intervenção de restrição calórica. Nele, a **dieta de muito baixa caloria (450 kcal/dia)** foi comparada com **dieta de muito baixa caloria e exercícios**, com resultados favoráveis ao grupo controle (diferença de 3,5 Kg ( $p < 0.001$ )). Entretanto, a dieta sem exercícios também resultou na perda de peso (média de 23,7 kg).

Kesztyüs e colaboradores (2018)<sup>25</sup> apresentam em sua revisão sistemática o resultado de apenas um ECR que avaliou a restrição calórica. A comparação do estudo sobre a **dieta de muito baixa caloria (600–800 kcal/dia)** com a **aconselhamento sobre dieta e exercício** apresentou resultados de redução de medidas no perímetro da cintura favorável ao grupo controle, sendo a média bruta da pontuação de mudança de 8,6 cm. Importante ressaltar que o estudo primário perdeu dois participantes da intervenção por causa da intolerância aos produtos substitutos de refeição usados no programa de redução de peso.

Dentre 9 ECR incluídos na revisão de Khatlani e colaboradores (2018)<sup>20</sup>, apenas dois avaliaram os efeitos das dietas hipocalóricas. O valor máximo de calorias das dietas não foi especificado, mas o valor mínimo era  $> 1.200$  kcal. No primeiro estudo, com período de intervenção de 12 semanas, a comparação de uma **dieta hipocalórica** (número de calorias calculado de acordo com as características individuais dos participantes)<sup>27</sup> com a intervenção de controle baseada no medicamento **metformina** apresentou redução significativa do IMC ( $\text{Kg}/\text{m}^2$ ) para os dois grupos (Intervenção: pré  $34,1 \pm 5,4$  versus pós  $30,1 \pm 5,5$ ; Controle: pré  $31,1 \pm 3,3$  versus pós  $30,3 \pm 3,5$ ;  $p < 0.001$  para ambos). Já no segundo estudo, com período de intervenção de 04 meses, quando foram comparadas **dieta hipocalórica** (redução de 600 kcal da dieta habitual, com manutenção da proporção de 55–60% carboidratos, 25–30% gorduras - 10% saturadas - e 10–15% proteínas)<sup>28</sup>, **dieta hipocalórica com atividade física, e somente atividade física**, todos os três cenários apresentaram redução nos valores de IMC ( $\text{Kg}/\text{m}^2$ ) (dieta: pré  $35,4 \pm 4,9$  versus pós  $32,9 \pm 5,5$ ;  $p < 0.001$ ; dieta e exercícios: pré  $38,1 \pm 7,0$  versus pós  $36,9 \pm 8,0$ ;  $p < 0.001$ ; e somente atividade física: pré  $34,8 \pm 5,2$  versus pós  $34,1 \pm 5,7$ ;  $p < 0.05$ ).

### **Diets com restrição de macronutrientes (com ou sem redução de energia)**

Dentre os vinte estudos incluídos na revisão sistemática de Aceves-Martins e colaboradores (2020)<sup>21</sup> um avaliou a **dieta com restrição calórica e de lipídeos (600 kcal/dia)**. Esse estudo foi realizado em duas fases; primeiramente os participantes, cujos pesos iniciais não foram relatados, foram submetidos a essa dieta por três meses. Se após esse período o participante apresentasse perda de peso, seguia com esse protocolo por mais 9 meses. Os participantes que seguiram nessa dieta apresentaram perda de 17,5 Kg em média em 12 meses de tratamento. Aqueles que não responderam bem ao tratamento nos primeiros três meses foram randomizados para dois outros grupos, o primeiro com uma **dieta de muito baixa caloria (VLCD) (550 kcal/dia)**, e o segundo com **dieta hiperproteica e com baixo teor de carboidratos (800–1500 kcal/dia)** por 9 meses. A dieta VLCD resultou em perda de 16,1 Kg em média e a hiperproteica em perda de 3,0 Kg em média após um ano, mas não há dados da adesão após esse período.

De Menezes e colaboradores (2020)<sup>19</sup> realizaram revisão sistemática incluindo 28 ECR, dos quais dois estudos envolviam apenas intervenções dietéticas. Foram apresentados resultados através de duas abordagens comparativas em cada estudo. No primeiro, as abordagens consistiram em: grupo de **dieta com controle de carboidratos (30% carboidratos e 50% lipídios)** em comparação a um grupo de **dieta com controle de gorduras (50% carboidratos e 30% lipídeos) com restrição calórica** de 500 calorias para IMC  $\geq 30$  Kg/m<sup>2</sup> ou de 750 calorias para IMC  $\geq 35$  Kg/m<sup>2</sup>. Após 20 semanas, o grupo com controle de carboidratos apresentou perda de peso de 11,08 Kg ( $\pm 5,6$ ), enquanto o grupo com controle de gordura obteve menos 8,4 Kg ( $\pm 7,7$ ) no peso. No segundo estudo primário, comparou-se grupos de indivíduos com fenótipo de baixa saciedade (LSP) e com fenótipo de saciedade elevada (HSP), os quais foram submetidos no grupo intervenção **à dieta com alto índice de saciedade (alta em proteínas e fibras, moderada em lipídeos e baixo índice glicêmico) + 1 refeição ao dia (almoço ou jantar) e sem restrição calórica**; e no grupo controle a uma **dieta que fornecia de 10 a 15% de proteínas, 55 a 60% de carboidratos e 30% de lipídeos**. O grupo de intervenção LSP apresentou perda de peso de 4,5 kg ( $\pm 3,1$ ) e o grupo controle LSP perdeu 3,2 kg ( $\pm 2,9$ ). No grupo de intervenção HSP houve perda de 6,4 kg ( $\pm 5,8$ ) versus diminuição de 5,6 kg ( $\pm 4,0$ ) no grupo controle. As comparações entre os grupos da intervenção e controle mostraram não haver diferenças significativas para perda de peso ( $p=0,32$ ).

A revisão de Ross e colaboradores (2018)<sup>22</sup> avaliou a efetividade de dietas com **alta concentração de lipídeos e poucos carboidratos com dietas pobres em gorduras** de acordo com parâmetros de perda de peso, diabetes e doenças cardiovasculares. Dos 8 ECR, apenas dois atenderam aos critérios de inclusão dessa revisão rápida. As intervenções foram acompanhadas por nutricionistas, e em ambos os estudos a perda de peso foi maior nos grupos com baixo consumo de carboidratos e maior teor de lipídeos (intervenção: 14,5 kg versus comparador: 11,5 kg; e intervenção: 6 kg versus comparador: 5,3 kg), entretanto, conforme é possível perceber pelos números, a diferença no peso entre os grupos foi pequena.

### **Dietas com ciclos de “jejum” intermitente**

Os ciclos de “jejum” intermitente normalmente envolvem períodos com restrição severa de ingestão equivalente à quase uma condição de jejum (consumir uma dieta de muito baixa caloria [VLCD] de aproximadamente 500–600 kcal), intercambiado por períodos de ingestão ad libitum, sem restrições de energia. Não há, no entanto, uma definição clara do “jejum” intermitente, que atua como um termo abrangente, englobando vários regimes dietéticos, tais como jejum em dias alternados (1 dia de restrição de energia seguida por um dia de ingestão à vontade sem restrições), a dieta 5: 2 (2 dias de restrição de energia por semana) e mesmo ciclos de “jejum” intermitente mais longos<sup>17</sup>.

A revisão sistemática de Harris e colaboradores (2018)<sup>17</sup> apresentou o resultado de 3 ensaios clínicos randomizados sobre **ciclos de “jejuns” intermitentes**. Cabe destacar que os estudos não apresentavam peso inicial e final dos participantes. O primeiro estudo comparou a intervenção de **02 ciclos de 04 e 06 semanas de dieta de baixa caloria (1200 kcal) intercalados com 08 semanas de dieta de muito baixa caloria (500 kcal)** com o controle de **18 semanas de dieta de baixa caloria (1000-1200 kcal)**. O grupo da intervenção apresentou perda média de peso em kg de 15,40 [± 10,47], enquanto, no grupo controle, a perda registrada foi de 11,20 [± 19,12].

O segundo estudo comparou a intervenção de **02 ciclos com 12 semanas de duração de dieta de muito baixa caloria (400-500 kcal) intercalados com 02 ciclos de 12 semanas de duração de dieta de baixa caloria (1000-1200 kcal)** com o controle de **48 semanas de dieta de baixa caloria (1000-1200 kcal)**. O grupo da intervenção apresentou perda média de peso em kg de 14,20 [± 10,30], enquanto, no grupo controle, a perda registrada foi de 10,50 [± 11,60].

O terceiro estudo comparou duas intervenções a) **02 ciclos com 07 semanas de duração de dieta de muito baixa caloria (1000-1500 kcal) intercalados com 05 semanas de dieta habitual *ad libitum*** e b) **04 ciclos com 03 semanas (último ciclo com 05 semanas) de duração de dieta de muito baixa caloria (1000-1500 kcal) intercalados com 04 ciclos de 01 semana (último ciclo com duração de 02 semanas) de dieta habitual *ad libitum*** com o controle de **14 semanas de dieta (1000-1500 kcal) seguidas de 05 semanas de dieta habitual *ad libitum***. O grupo da intervenção apresentou perda média de peso em kg de 7,54 [± 5,60], enquanto, no grupo controle, a perda registrada foi de 8,20 [± 3,70].

De forma geral, os autores<sup>17</sup> consideraram os ciclos de “jejum” intermitente tão efetivos quanto as dietas continuadas de baixa ou muito baixa calorias para perda de peso, mas destacaram que o uso prolongado e semanal dessa dieta requer cautela e pesquisas futuras são necessárias para elucidar a aceitabilidade, segurança e eficácia.

### **Dietas específicas**

A dieta mediterrânea, segundo descrição apresentada na revisão sistemática de Mancini e colaboradores (2016)<sup>24</sup>, envolve um alto consumo de frutas e vegetais, gorduras monoinsaturadas (principalmente de azeite), cereais, consumo moderado de aves, peixes e laticínios, e pouco ou nenhum consumo de carne vermelha (de mamíferos). Esta revisão sistemática avaliou os efeitos da **dieta mediterrânea (com ou sem restrição energética)** na perda de peso entre adultos com IMC médio entre 30 e 33,5 Kg/m<sup>2</sup> e doença cardíaca e/ou diabetes mellitus, por um período superior a 12 meses, comparada com **dieta com baixo teor de lipídeos e dieta com baixo teor de lipídeos e de carboidratos**. A análise constatou que a dieta mediterrânea resultou em maior perda de peso (intervalo de valores médios: 4,1 Kg a 10,1 Kg) em relação a dieta com baixo teor de lipídeos (intervalo de valores médios: 2,9 Kg a 5,0 Kg), mas perda de peso similar à dieta com baixo teor de lipídeos e carboidratos (variação de valores médios: 4,7 Kg a 7,7 Kg).



A avaliação da **dieta DASH** (*Dietary Approaches to Stop Hypertension*) - que é uma dieta que enfatiza os alimentos ricos em proteínas, fibras, potássio, magnésio e cálcio, como frutas e legumes, feijão, nozes, grãos integrais e de baixa gordura laticínios, além de limitar os alimentos ricos em gordura saturada e açúcar - comparada à **dieta tradicional iraniana**, apresentada em um ECR incluído na revisão sistemática de Khatlani e colaboradores (2018)<sup>20</sup>, demonstrou resultados favoráveis sobre a dieta DASH no desfecho perda de peso (intervenção:  $4,4 \pm 2,7$  versus controle:  $1,5 \pm 2,6$ ;  $p < 0,001$ ) e nos valores de IMC ( $\text{Kg}/\text{m}^2$ ) (intervenção:  $1,7 \pm 1,1$  versus controle:  $0,6 \pm 0,9$ ;  $p < 0,001$ ) após 08 semanas.

De acordo com a descrição de Ramezani-Jolfaie e colaboradores (2020)<sup>23</sup>, a **Dieta Nórdica (DN)**, que também é conhecida por dieta do Mar Báltico, é outro padrão alimentar baseado em produtos de fácil acesso nas regiões do norte europeu, especialmente frutas e vegetais (frutas vermelhas, repolhos, raízes e legumes), plantas e cogumelos coletados na natureza, ervas frescas, batatas, nozes, grãos inteiros, óleo de colza ("*rapeseed oil*"), peixes gordurosos (como salmão, arenque e cavala), moluscos, algas marinhas, carnes com baixo teor de gordura, caça, laticínios com baixo teor de gordura; e que evita o consumo de alimentos adoçados com açúcar processado. Uma revisão sistemática<sup>23</sup> explorou resultados para a **DN** através de 7 ECR, mas apenas dois deles analisaram o desfecho de perda de peso, gordura corporal e IMC em adultos com ou sem síndrome metabólica e IMC médio inicial de 33,6 e 39,5  $\text{Kg}/\text{m}^2$ . Um estudo comparou a **DN** (46,1% carboidratos, 32% proteínas, 16% lipídeos) e uma **dieta "típica"** (42,7% carboidratos, 17,1% proteínas, 36,7% lipídeos) e o outro uma **DN** com a **dieta dinamarquesa** (rica em grãos refinados, produtos açucarados, carnes, vegetais com baixo teor de fibras, frutas não regionais e laticínios). Todos os participantes receberam aconselhamento de acordo com as Recomendações Nórdicas de Nutrição. Os resultados apresentados indicam que os participantes consumindo a **DN** apresentaram melhores desfechos em comparação com os controles, inclusive relacionados à perda de peso, melhora do IMC e medidas da gordura corporal (ver Apêndice 2).

### Eventos adversos

Apenas uma das nove revisões trouxe informações sobre eventos adversos das dietas. No artigo de Harris e colaboradores (2018), um dos ensaios clínicos relatou que as dietas no geral foram bem toleradas, mas que os **ciclos de "jejum" intermitente** estiveram associados à queda de cabelo, aumento das infecções do trato respiratório superior e constipação intestinal.

## 5. Considerações Finais

A presente revisão rápida avaliou estratégias alimentares para o tratamento de pessoas com obesidade e sobrepeso nos serviços de saúde. Foram incluídas nove revisões sistemáticas, a maioria com qualidade metodológica criticamente baixa. Em relação aos participantes, a maior parte era formada por mulheres em países da América do Norte ou Europa, sem especificação de raça, cor ou etnia.

Dentre as intervenções, foram levantadas dietas com foco na **restrição de energia, redução de macronutrientes específicos (com ou sem redução de energia), ciclos de “jejum” intermitente e dietas específicas**. Considerando os desfechos de interesse, a maioria avaliou a redução do peso ou IMC, e um trabalho apresentou dados sobre o perímetro da cintura. No geral, as dietas foram descritas como efetivas para obter resultados positivos nos desfechos relacionados à obesidade ou ao sobrepeso. Apenas um estudo trouxe informações sobre eventos adversos relacionados ao modelo dos ciclos de “jejum” intermitente.

Os estudos incluídos nesta revisão, apesar de informarem resultados positivos das dietas nos desfechos relacionados à obesidade ou ao sobrepeso (redução de peso, de IMC ou do perímetro da cintura), foram avaliados com qualidade criticamente baixa ou baixa. Isso significa que o grau de confiança que pode ser atribuído a esses achados é pequeno e, portanto, mais estudos são necessários para afirmar com segurança o efeito das dietas nos desfechos de obesidade e sobrepeso. Esta revisão também possui limitações que precisam ser consideradas na interpretação dos achados. Primeiramente, a revisão apresenta entraves inerentes ao processo de condução de sínteses rápidas, como limitação de bases de dados e restrição quanto ao ano de publicação dos estudos. Além disso, as etapas de triagem, elegibilidade, extração dos dados e avaliação da qualidade metodológica foram feitas por um único revisor, o que pode resultar na perda de estudos e na imprecisão de algumas análises. Da mesma forma, o curto espaço de tempo para a condução da revisão levou a restrições nos critérios de elegibilidade, o que fez com que muitos dos estudos selecionados na etapa de triagem fossem posteriormente excluídos, principalmente por não relatarem em qual contexto a intervenção havia sido avaliada, por incluírem estudos com idosos, ou por apresentarem intervenções combinadas (dietas em conjunto com estratégias de mudança comportamental, apoio psicológico em grupo, estímulo a realização de atividade física e uso de medicamentos) sem isolar o efeito das dietas ou de outras estratégias alimentares, o que era o objetivo desta síntese rápida. No intuito de incluir o maior número possível de estudos, no caso de revisões sistemáticas com intervenções combinadas, ou que incluíam adultos e idosos, foram extraídas informações dos estudos primários que atendiam aos critérios de inclusão, sempre que os dados estratificados permitiam esse isolamento.

Além disso, alguns dos estudos incluídos relatam ter avaliado indivíduos com mais de 18 anos, porém não descreveram a idade máxima dos participantes, o que pode ser outra fonte de viés, uma vez que dados de idosos podem fazer parte dos resultados.

Em relação às limitações dos estudos, os autores das revisões sistemáticas, de maneira geral, afirmam que os trabalhos primários apresentaram número pequeno de indivíduos, além de populações e intervenções muito heterogêneas, o que dificulta a análise da efetividade de diferentes estratégias dietéticas, bem como a extrapolação dos resultados para contextos diversos. Além disso, reforçam a importância de estudos com maior período de seguimento, no intuito de avaliar a manutenção dos desfechos avaliados, bem como o impacto das dietas na saúde das pessoas a longo prazo.

## 6. Referências

- 1 - Perreault L. Obesity in adults: Prevalence, screening, and evaluation. UpToDate. This topic last updated: Mar 20, 2020a.
- 2 - Perreault L; Laferrère B. Overweight and obesity in adults: Health consequences. UpToDate. This topic last updated: Oct 09, 2020. <https://bityli.com/OSIEQ>.
- 3 - Perreault L. Genetic contribution and pathophysiology of obesity. UpToDate. This topic last updated: Nov 22, 2019a.
- 4 - Perreault L. Obesity in adults: Etiology and risk factors. UpToDate. This topic last updated: Sep 06, 2019b.
- 5 - Anton S, Hida A, Heekin K, et al. Effects of popular diets without specific calorie targets on weight loss outcomes: Systematic review of findings from clinical trials. *Nutrients*. [internet] 2017 Jul [acesso em: 2021 mar 14]; 9(8):822. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/nu9080822>.
- 6 - Amini MR, Aminianfar A, Naghshi S, et al. The effect of ketogenic diet on body composition and anthropometric measures: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Crit. rev. food sci. nutr.* [internet]. 2021 Jan [acesso em: 2021 mar 14]; 0(0):1-14. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/10408398.2020.1867957>.
- 7 - Borges LPSL, de Santana NL, da Costa THM. Adherence to National Food Guide Recommendations: Can it slow the obesity epidemic? A systematic review. *Curr. nutr. Rep.* [internet]. 2020 Dez [acesso em: 2021 mar 14]; 9():316-28. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s13668-020-00339-9>.
- 8 - Skea ZC, Aceves-Martins M, Robertson C, et al. Acceptability and feasibility of weight management programmes for adults with severe obesity: a qualitative systematic review. *BMJ Open*. [internet]. 2019 [acesso em: 2021 mar 14]; 9():e029473. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029473>.
- 9 - Sutcliffe K, Richardson M, Rees R, et al. What are the critical features of successful Tier 2 weight management programmes for adults? A systematic review to identify the programme characteristics, and combinations of characteristics, that are associated with successful weight loss. Department of Health Reviews Facility. [internet]. London: 2016 Out. [acesso em 2021 mar 14]; 115p. ISBN: 978-1-907345-91-3. Disponível em: <https://bit.ly/3rNFp3I>.
- 10 - Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira. BVS [internet]. Brasília: MS, 2014 [acesso em: 2021 mar 14];. 2.ed.(1):156p. ISBN 978-85-334-2176-9. Disponível em: <https://bit.ly/3eHzDgf>.
- 11 - Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. BVS [internet]. Brasília: MS, 2013 [acesso em 2021 mar 14]; 1.ed.(1):84p. ISBN 978-85-334-1911-7. Disponível em: <https://bit.ly/38BzfME>.

12 - Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. BVS [internet]. Brasília: MS, 2010 [acesso em 2021 mar 14]; 3.ed.(7):60p. ISBN 978-85-334-1639-0. Disponível em: <https://bit.ly/2O0dzpo>.

13 - Thomas, James & Newman, Mark & Oliver, Sandy. (2013). Rapid evidence assessments of research to inform social policy: Taking stock and moving forward. Policy Press. [internet] 2013 Jan [acesso em 2021 mar 12] 9(1):5-27. Disponível em: <https://doi.org/10.1332/174426413X662572>.

14 - Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, et al. Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. *Syst. Rev.* [internet]. 2016 Dez [acesso em: 2021 Mar 12]; 5(1):210. Disponível em: <https://bityli.com/QS8qD>.

15 - Shea BJ, Reeves BC, Wells G, et al. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ* [internet]. 2017 Set. [acesso em: 2021 Mar 12]. 358(1):j4008. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.j4008>.

16 - Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, et al. The PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS. Med.* [internet]. 2009 Jul [acesso em: 2021 mar 12]; 6(7): e1000097. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>.

17 - Harris L, McGarty A, Hutchison L, et al. Short-term intermittent energy restriction interventions for weight management: a systematic review and meta-analysis. *Obes. rev.* [internet] 2018 Jan [acesso em 2021 mar 12]; 19(1):1-13. Disponível em <https://doi.org/10.1111/obr.12593>.

18 - Hassan Y, Head V, Jacob D, et al. Lifestyle interventions for weight loss in adults with severe obesity: a systematic review. *Clin. obes.* [internet] 2016 Dez; [acesso em 2021 mar 12]; 6(6):395-403. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/cob.12161>.

19 - De Menezes MC, Duarte CK, Cošta DVP, et al. A systematic review of effects, potentialities, and limitations of nutritional interventions aimed at managing obesity in primary and secondary health care. *Nutrition* [internet] 2020 Jul-Ago; [acesso em 2021 mar 12]; 75-76(1) 110784. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.nut.2020.110784>.

20 - Khatlani K, Njike V, Coştalea VC. Effect of Lifestyle Intervention on Cardiometabolic Risk Factors in Overweight and Obese Women with Polycystic Ovary Syndrome: A Systematic Review and Meta-analysis. *Metab. syndr. relat. Disord.* [internet] 2019 Dez; [acesso em 2021 mar 12]; 17 (10): 473-485. Disponível em: <https://doi.org/10.1089/met.2019.0049>.

21 - Aceves-Martins M, Robertson C, Cooper D, et al. A systematic review of UK-based long-term nonsurgical interventions for people with severe obesity (BMI  $\geq 35$  kg m<sup>-2</sup>). *J Hum. Nutr. Diet.* [internet]. 2020 Fev [acesso em 2021 mar 12]; 33(3):351-72. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jhn.12732>.

- 22 - Ross LJ, Byrnes A, Hay RL, et al. Exploring the highs and lows of very low carbohydrate high fat diets on weight loss and diabetes- and cardiovascular disease-related risk markers: a systematic review. *Nutr. diet.* [internet]. 2020 Dez [acesso em 2021 mar 12]; 78(1): 41- 56. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/1747-0080.12649>.
- 23 - Ramezani-Jolfaie N, Mohammadi M, Salehi-Abargouei A. Effects of a healthy Nordic diet on weight loss in adults: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *Eat. weight disord.* [internet]. 2020 Out [acesso em 2021 mar 12]; 25(5):1141-1150. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s40519-019-00773-x>.
- 24 - Mancini JG, Filion KB, Atallah R, et al. Systematic review of the mediterranean diet for long-term weight loss. *JAMA intern. Med.* [internet]. 2016 Abr [acesso em 2021 mar 12]; 129(4):407–415. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2015.11.028>.
- 25 - Kesztyüs D, Erhardt J, Schönsteiner D, et al. Therapeutic Treatment for Abdominal Obesity in Adults. *Dtsch. Ärztebl. Int.* [internet] 2018 Abr [acesso em 2021 mar 12]; 115 (29-30): 487–493. Disponível em: <https://doi.org/10.3238/arztebl.2018.0487>.
- 26 - Astbury NM, Aveyard P, Nickless A, Hood K, Corfield K, Lowe R, et al. Doctor Referral of Overweight People to Low Energy total diet replacement Treatment (DROPLET): pragmatic randomised controlled trial. *BMJ* 2018;k3760. <https://doi.org/10.1136/bmj.k3760>
- 27 - Esfahanian F, Zamani MM, Heshmat R, et al. Effect of Metformin compared with hypocaloric diet on serum Creactive protein level and insulin resistance in obese and overweight women with polycystic ovary syndrome. *J Obstetr Gynaecol Res* 2013; 39: 806–813. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0756.2012.02051.x>
- 28 - Nybacka A, Carlstrom K, Fabri F, et al. Serum antimullerian hormone in response to dietary management and/or physical exercise in overweight/obese women with polycystic ovary syndrome: Secondary analysis of a randomized controlled trial. *Fertil Steril* 2013; 100: 1096– 1102. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2013.06.030>

**Apêndice 1: Termos e resultados das estratégias de busca**

Repositório	Data	Estratégia de Busca	Número de resultados
BVS	03.03.2021	(diet OR food OR nutrition) AND obesity + Filtro: Revisões sistemáticas	2.179
Health Systems Evidence	03.03.2021	(diet OR food OR nutrition OR eating behaviour OR diet*) AND (fat OR overweight OR obesity OR body weight OR weight gain OR weight loss OR body-weight) + Filtro: Revisões sistemáticas	358
Epistemonikos	03.03.2021	(title:(diet* OR diet OR food OR nutrition OR diabetic diet OR eating behaviour OR feeding behaviour OR feeding patterns OR eating habits OR diet) AND (obes* OR abdominal obesity OR visceral obesity OR central obesity OR body weight OR weight gain OR weight loss OR body-weight OR obesity management)) OR abstract:(diet* OR diet OR food OR nutrition OR diabetic diet OR eating behaviour OR feeding behaviour OR feeding patterns OR eating habits OR diet) AND (obes* OR abdominal obesity OR visceral obesity OR central obesity OR body weight OR weight gain OR weight loss OR body-weight OR obesity management))) + Filtro: Revisões sistemáticas	2.672
Pubmed	03.03.2021	(((((("diet, food, and nutrition"[MeSH Terms])) OR "food"[MeSH Terms] OR "diet"[MeSH Terms] OR diets) OR eating habits) OR eating behavior) OR diet*) AND (((((((("obesity"[MeSH Terms] OR visceral obesity) OR abdominal obesity) OR central obesity) OR "obesity, abdominal"[MeSH Terms]) OR "body weight"[MeSH Terms]) OR body-weight) OR "body weight changes"[MeSH Terms]) OR "obesity management"[MeSH Terms]) OR "weight gain"[MeSH Terms]) OR "weight loss"[MeSH Terms]) + Filtro: Revisões sistemáticas	2.101

**Apêndice 2: Características das revisões sistemáticas incluídas**

Estudo	Objetivo - Estudos (n)	Características da População	Intervenções	Comparadores	Principais resultados
<p>Aceves-Martins et al., 2020 (21)</p> <p><b>País de filiação dos autores:</b> Reino Unido; Holanda</p> <p><b>Financiamento:</b> Programa de Avaliação de Tecnologia em Saúde do Instituto Nacional de Pesquisa em Saúde (NIHR) (número do projeto: 15/09/04).</p> <p><b>Conflitos de interesse:</b> Um dos autores foi pesquisador em um estudo, financiado pelo <i>Cambridge Weight Plan</i>, deu meio dia de consultoria para os Vigilantes do peso, e falou em um simpósio na Conferência do <i>Royal College of General Practitioners</i> que foi patrocinado pela Novo Nordisk. Os autores declaram não haver outros conflitos de interesses.</p>	<p>Revisar sistematicamente as evidências do Reino Unido sobre a eficácia dos serviços de controle de peso de longo prazo (<math>\geq 12</math> meses) para perda e manutenção de peso para adultos (<math>\geq 16</math> anos) com obesidade grave (<math>IMC \geq 35</math> kg m<sup>2</sup>), que geralmente seriam elegíveis para serviços de Nível 3.</p> <p><b>Total de estudos:</b> 20 (4 ECR, 1 ECNR, 15 estudos observacionais)</p> <p><b>Atendiam ao PICO:</b> 1 ECR e 1 estudo observacional</p> <p><b>Países:</b> Inglaterra (n=1) Escócia (n=1)</p>	<p><b>População que atende ao PICO:</b> n=398</p> <p><b>Comorbidades:</b> Estudo 1: diabetes e hipertensão;</p> <p><b>Faixa etária (DP):</b> Estudo 1: 37,2 anos (<math>\pm 5,4</math>) Estudo 2: não disponível para a amostra toda, na dieta <i>VLED</i> foi de 39,9 anos (10,4) e no grupo com baixo carboidrato 42,7 anos (13,1)</p> <p><b>IMC de base:</b> Não foi descrita por estudos, mas a média total foi de 39,9 kg/m<sup>2</sup></p> <p><b>Gênero (%) mulheres:</b> não especificado por estudo; total 76,1%</p> <p><b>Raça/cor/etnia:</b> não especificado</p>	<p><b>Intervenção:</b> Estudo 1: dieta com fórmula de baixa energia (810 kcal/dia) por 8 semanas, seguida de 4 semanas de reintrodução alimentar + apoio padrão (n=138 pacientes) Estudo 2: - Dieta com baixa gordura e baixa energia (600 kcal/dia) por três meses, se o paciente respondesse bem, seguia com a dieta por mais 9 meses (n=120); Pacientes que não perderam peso com a intervenção, foram randomizados para dois grupos: Dieta de muito baixa energia (<i>VLED</i>) (550 kcal/dia)(n=34) ou dieta com baixo carboidrato (n=38) / alta proteína (n=18) (800–1500 kcal/dia) por 9 meses.</p> <p>Quem entrega: Estudo 1: conselheiros não treinados e clínicos (intervenção); enfermeiras (controle) Estudo 2: médico e nutricionista</p> <p>Local: Estudo 1: atenção primária Estudo 2: clínica especializada em obesidade</p> <p>Para quem entrega: Estudos 1 e 2: usuários do sistema de saúde, no estudo 2, os pacientes eram referenciados pela atenção primária.</p> <p>Tempo de seguimento: Estudo 1 e 2: 12 meses</p>	<p>Comparadores: Estudo 1: Apoio padrão: série de consultas para controle comportamental do peso por 12 semanas (n=140) Estudo 2: comparação entre intervenções</p>	<p>Estudo 1: <b>Intervenção</b> Peso inicial (Kg) médio (DP): =107,9 (<math>\pm 18,9</math>) IMC (Kg/m<sup>2</sup>) inicial: 3,6 (<math>\pm 5,7</math>) <b>Redução do peso (Kg) após 12 meses:</b> 10,2 (<math>\pm 9,7</math>) Redução no IMC (Kg/m<sup>2</sup>) após 12 meses: 3,6 <b>Mudança no peso (%):</b> 9,5</p> <p><b>Comparador</b> Peso inicial (Kg) médio (DP): =105,2 (<math>\pm 20</math>) IMC (Kg/m<sup>2</sup>) inicial: 36,8 (<math>\pm 5,1</math>) <b>Redução do peso (Kg) após 12 meses (DP):</b> 3,5 (<math>\pm 8,2</math>) <b>Redução no IMC (Kg/m<sup>2</sup>) após 12 meses:</b> 1,2 Mudança no peso (%): 3,3</p> <p>Estudo 2: Peso inicial: não relata IMC inicial: não relata <b>Dieta de baixa gordura e energia (600 kcal/dia)</b> <b>Redução do peso (Kg) após 12 meses (DP):</b> 17,5 (<math>\pm 6,4</math>) <b>Mudança no peso (%):</b> não relata <b>Mudança no peso (%):</b> não relatado <b>Mudança no IMC:</b> não relatado <b>Dieta de baixo carboidrato/ alta proteína (800 a 1500 kcal/dia)</b> <b>Redução do peso (Kg) após 12 meses (DP):</b> 3,0 (<math>\pm 6,7</math>) <b>Mudança no peso (%):</b> não relatado <b>Mudança no IMC:</b> não relatado <b>Dieta de muito baixa energia (VLED)</b> <b>Redução do peso (Kg) após 12 meses (DP):</b> 16,1 (<math>\pm 19,0</math>) <b>Perdas:</b> não relatado <b>Mudança no peso (%):</b> não relatado <b>Mudança no IMC:</b> não relatado</p>

<p>Harris et al., 2018 (17)</p> <p><b>País de filiação dos autores:</b> Reino Unido</p> <p><b>Financiamento:</b> Não informado.</p> <p><b>Conflitos de interesse:</b> Declaram não possuir.</p>	<p>Revisar as evidências disponíveis e quantificar o efeito combinado da restrição intermitente de energia semanal (ciclos de “jejum” intermitente) no tratamento do excesso de peso e da obesidade em adultos, quando comparado com o tratamento de cuidado habitual ou nenhum tratamento (dieta ad libitum).</p> <p><b>Total de estudos:</b> 5 ECR</p> <p><b>Atendiam ao PICO:</b> 3 ECR</p> <p><b>Países:</b> EUA (n=3)</p>	<p><b>População que atende ao PICO:</b> n=236</p> <p><b>Comorbidades:</b> Diabetes tipo II</p> <p><b>Faixa etária:</b> média de 42,3 a 52,3 anos</p> <p><b>IMC base:</b> de 33,1 a 44,6 Kg/m<sup>2</sup></p> <p><b>Gênero (%mulheres):</b> 1 estudo 100% 1 estudo 66% 1 estudo 84%</p> <p><b>Raça/cor/etnia:</b> não especificado.</p>	<p><b>Intervenção:</b> Restrição intermitente de energia (“Jejum” intermitente): (n=188)</p> <p><b>Estudo 1 (n=8):</b> 02 ciclos de 04 e 06 semanas de dieta de baixa caloria (1200 kcal) intercalados com 08 semanas de dieta de muito baixa caloria (500 kcal)</p> <p><b>Estudo 2 (n=38):</b> 02 ciclos com 12 semanas de duração de dieta de muito baixa caloria (400-500 kcal) intercalados com 02 ciclos de 12 semanas de duração de dieta de baixa caloria (1000-1200 kcal).</p> <p><b>Estudo 3 (n=142):</b> Intervenção 1: 02 ciclos com 07 semanas de duração de dieta de muito baixa caloria (1000-1500 kcal) intercalados com 05 semanas de dieta habitual ad libitum.</p> <p>Intervenção 2: 04 ciclos com 03 semanas (último ciclo com 05 semanas) de duração de dieta de muito baixa caloria (1000-1500 kcal) intercalados com 04 ciclos de 01 semana (último ciclo com duração de 02 semanas) de dieta habitual ad libitum).</p> <p><b>Quem entrega:</b> profissionais da saúde</p> <p><b>Local:</b> não especificado.</p> <p><b>Para quem entrega:</b> Pacientes com obesidade.</p> <p><b>Tempo de seguimento:</b> de 18 semanas (Estudo 1), 48 semanas (Estudo 2) e 19 semanas (Estudo 3)</p>	<p><b>Comparadores:</b> Restrição contínua de energia (n=48)</p> <p><b>Estudo 1 (n=7):</b> 18 semanas de dieta de baixa caloria (1000-1200 kcal)</p> <p><b>Estudo 2 (n=41):</b> 48 semanas de dieta de baixa caloria (1000-1200 kcal)</p> <p><b>Estudo 3 (n=NI):</b> 14 semanas de dieta (1000-1500 kcal) seguidas de 05 semanas de dieta habitual ad libitum</p>	<p>Os estudos não relatavam peso inicial e final.</p> <p><b>Estudo 1</b> <b>Intervenção</b> <b>Redução média do peso (Kg):</b> - 15,40 [± 10,47] <b>Comparador</b> <b>Redução média do peso (Kg):</b> - 11,20 [± 19,12]</p> <p><b>Diferença média de perda de peso:</b> - 4,20 [95%IC - 19,51, 11,11]</p> <p><b>Estudo 2</b> <b>Intervenção</b> <b>Redução média do peso (Kg):</b> - 14,20 [± 10,30] <b>Comparador</b> <b>Redução média do peso (Kg):</b> - 10,50 [± 11,60]</p> <p><b>Diferença média de perda de peso:</b> - 3,70 [95%IC - 8,55, 1,15]</p> <p><b>Estudo 3</b> <b>Intervenção</b> <b>Redução média do peso (Kg):</b> - 7,54 [± 5,60] <b>Comparador</b> <b>Redução média do peso (Kg):</b> - 8,20 [± 3,70]</p> <p><b>Diferença média de perda de peso:</b> 0,66 [95% IC - 1,30, 2,52]</p>
---	--	--	--	---	--



<p>Hassan et al., 2016 (18)</p> <p><b>País de filiação dos autores:</b> Reino Unido</p> <p><b>Financiamento:</b> não informado</p> <p><b>Conflitos de interesse:</b> Declaram não possuir.</p>	<p>Rever sistematicamente intervenções de estilo de vida multicomponentes em participantes com obesidade severa em comparação com os cuidados habituais em ensaios controlados aleatórios.</p> <p><b>Total de estudos:</b> 17 ECR <b>Atendiam ao PICO:</b> 2 ECR <b>Países:</b> USA (n= 1), Holanda (n=1)</p>	<p><b>População que atende ao PICO:</b> n=157</p> <p><b>Comorbidades:</b> Diabetes mellitus tipo II.</p> <p><b>Faixa etária:</b> média de 46,8 a 56,6 anos</p> <p><b>IMC base:</b> média de 36,3 a 43,6Kg/m<sup>2</sup></p> <p><b>Gênero (%mulheres):</b> de 38% a 88,5%</p> <p><b>Raça/cor/etnia:</b> não especificado.</p>	<p><b>Intervenção:</b> Estudo 1: Dieta (n=63) (não especificada)</p> <p>Estudo 2: Dieta de muito baixa calorias (n=14)</p> <p><b>Quem entrega:</b> enfermeiro, nutricionista, outros não especificados;</p> <p><b>Local:</b> comunidade, hospital</p> <p><b>Para quem entrega:</b> pacientes com obesidade.</p> <p><b>Tempo de seguimento:</b> de 4 meses a 12 meses.</p>	<p><b>Comparadores:</b> Estudo 1: Exercícios+dieta (n=67)</p> <p>Estudo 2: Dieta de muito baixa calorias + exercícios (n=13)</p>	<p><u>Estudo 1:</u> <b>Média da mudança de peso (Kg) Intervenção</b> 8,2 <b>Comparador</b> 10,9 <b>Diferença entre média da perda peso:</b> 2,7</p> <p><u>Estudo 2:</u> <b>Média da mudança de peso (Kg) Intervenção</b> 23,7 <b>Comparador</b> 27,2 <b>Diferença entre média da perda peso:</b> 3,5 P&lt;0,001</p>
<p>Keszytüs et al., 2018 (25)</p> <p><b>País de filiação dos autores:</b> Alemanha</p> <p><b>Financiamento:</b> não especificado</p> <p><b>Conflitos de interesse:</b> Declaram não possuir.</p>	<p>Identificar opções de tratamento não cirúrgico para a obesidade abdominal em adultos.</p> <p><b>Total de estudos:</b> 15 ECR <b>Atendiam ao PICO:</b> 1 ECR <b>Países:</b> Finlândia (n=1)</p>	<p><b>População que atende ao PICO:</b> n=81</p> <p><b>Comorbidades:</b> Apneia obstrutiva do sono</p> <p><b>Faixa etária:</b> adultos, não especificado.</p> <p><b>IMC base:</b> não especificado.</p> <p><b>Gênero (%mulheres):</b> não especificado</p> <p><b>Raça/cor/etnia:</b> não especificado</p>	<p><b>Intervenção:</b> Dieta de muito baixa calorias (n=40)</p> <p><b>Quem entrega:</b> não especificado</p> <p><b>Local:</b> Hospital Universitário</p> <p><b>Para quem entrega:</b> adultos com excesso de peso.</p> <p><b>Tempo de seguimento:</b> 1 ano.</p>	<p><b>Comparadores:</b> Aconselhamento sobre dieta e exercícios (n=41)</p>	<p><b>Resultados para circunferência da cintura (cm) (DP):</b> <b>Intervenção</b> 112,5 (±8,7) <b>Comparador</b> 105,3 (±8,3) <b>Diferença média bruta da pontuação de mudança:</b> 8,6 (±1,49)va</p>

<p>Khatlani et al., 2018 (20)</p> <p><b>País de filiação dos autores:</b> USA</p> <p><b>Financiamento:</b> Administração de Recursos e Serviços de Saúde (HRSA) do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA (HHS)-HRSA Subsídio para Treinamento e Melhoria da Assistência Primária, Número do subsídio TOBHP285720100-01-00</p> <p><b>Conflitos de interesse:</b> Declararam não possuir.</p>	<p>Resumir e atualizar as evidências sobre os efeitos das intervenções de estilo de vida, incluindo a dieta, sobre o risco cardiometabólico entre mulheres com sobrepeso e obesas com Síndrome do Ovário Policístico (SOP).</p> <p><b>Total de estudos:</b> 9 artigos de 8 ECR</p> <p><b>Atendem ao PICO:</b> 3 ECR</p> <p><b>Países:</b> Iran (2), Suécia (1)</p>	<p><b>População que atende ao PICO:</b> n=104</p> <p><b>Comorbidades:</b> Síndrome do ovário policístico.</p> <p><b>Faixa etária:</b> de 18 a 40 anos</p> <p><b>IMC base:</b> &gt;25 kg/m<sup>2</sup></p> <p><b>Gênero (%mulheres):</b> 100%</p> <p><b>Raça/cor/etnia:</b> não especificado</p>	<p><b>Intervenção:</b> <u>Estudo 1:</u> dieta hipocalórica</p> <p><u>Estudo 2:</u> dieta (não especificada); dieta+exercícios</p> <p><u>Estudo 3:</u> dieta DASH</p> <p><b>Quem entrega:</b> não especificado.</p> <p><b>Local:</b> <u>Estudo 1:</u> Clínica endócrina ambulatorial; <u>Estudo 2:</u> Unidade de Pesquisa da Saúde da Mulher em Hospital Universitário; <u>Estudo 3:</u> Clínicas ginecológicas</p> <p><b>Para quem entrega:</b> mulheres com SOP e obesidade</p> <p><b>Tempo de seguimento:</b> <u>Estudo 1:</u> 12 semanas; <u>Estudo 2:</u> 4 meses; <u>Estudo 3:</u> 8 semanas</p>	<p><b>Comparadores:</b> 1. metformina 2. somente atividade física 3. dieta tradicional iraniana</p>	<p><u>Estudo 1:</u> <b>Mudança no IMC (Kg/m<sup>2</sup>):</b> <b>Intervenção</b> pré 34,1±5,4 vs. pós 30,1± 5,5; <b>Comparador</b> pré 31,1± 3,3 vs. pós 30,3±3,5; P&lt; 0.001 para ambos.</p> <p><u>Estudo 2:</u> <b>Mudança no IMC (Kg/m<sup>2</sup>):</b> <b>Intervenção</b> Dieta: pré 35,4± 4,9 vs. pós 32,9± 5,5;P &lt; 0.001; Combinado dieta+exercícios: pré 38,1± 7,0 vs. pós 36,9± 8,0; P &lt; 0.001; <b>Comparador</b> Atividade física somente: pré 34,8± 5,2 vs. pós 34,1± 5,7; P&lt; 0.05.</p> <p><u>Estudo 3:</u> <b>Perda no Peso (Kg):</b> <b>Intervenção</b> 4,4± 2,7 <b>Comparador</b> 1,5± 2,6; P&lt; 0.001D</p> <p><b>Perda no (IMC Kg/m<sup>2</sup>):</b> <b>Intervenção</b> 1,7± 1,1 vs. <b>Comparador</b> 0,6 ± 0,9; P&lt; 0.001</p>
--	--	---	--	---	--

<p>Mancini et al. 2016 (24)</p> <p><b>País de filiação dos autores:</b> Canadá</p> <p><b>Financiamento:</b> Declarou não ter financiamento</p> <p><b>Conflitos de interesse:</b> Declararam não possuir</p>	<p>Determinar os efeitos da dieta mediterrânea na perda de peso e nos níveis de fatores de risco cardiovascular por mais de 12 meses.</p> <p><b>Total de estudos:</b> 5 ECR</p> <p><b>Atendiam ao PICO:</b> 3 ECR</p> <p><b>Países:</b> Não informado</p>	<p><b>População que atende ao PICO:</b> n=998</p> <p><b>Comorbidades:</b> Diabetes Mellitus tipo II; Doença cardíaca</p> <p><b>Faixa etária:</b> Médias de 44, 52 e 58.</p> <p><b>IMC base:</b> 30 a 33,5 Kg/m<sup>2</sup></p> <p><b>Gênero (%mulheres):</b> 31%</p> <p><b>Raça/cor/etnia:</b> Não informado</p>	<p><b>Intervenção:</b> Dieta mediterrânea</p> <p><b>Quem entrega:</b> Nutricionistas</p> <p><b>Local:</b> Não especificado</p> <p><b>Para quem entrega:</b> Adultos com sobrepeso ou obesidade e Diabetes Mellitus e/ou doença cardíaca</p> <p><b>Tempo de seguimento:</b> 6 a 48 meses</p>	<p><b>Comparadores:</b> a) Dieta com baixo teor de lipídeos (2 estudos) b) Dieta com baixo teor de lipídeos e dieta com baixo teor de carboidratos (1 estudo)</p>	<p><b>Resultados dos 3 ECR para perda de peso (Kg) em ≥ 12 meses:</b></p> <p><b>Intervenção</b> Dieta mediterrânea; intervalo de valores médios: 4,1 a 10,1</p> <p><b>Comparador</b> Dieta com baixo teor de gordura; intervalo de valores médios: 2,9 a 5,0</p> <p>Outras dietas de comparação; variação de valores médios: 4,7 a 7,7</p>
---	---	--	---	---	--

<p>De Menezes et al., 2020 (19)</p> <p><b>País de filiação dos autores:</b> Brasil</p> <p><b>Financiamento:</b> Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS); Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).</p> <p><b>Conflitos de interesse:</b> Declaram não possuir</p>	<p>Resumir os efeitos, potencialidades e limitações de intervenções nutricionais no manejo da obesidade e discutir os efeitos de estratégias e teorias na atenção primária e secundária, para guiar intervenções no sistema de saúde.</p> <p><b>Total de estudos:</b> 28 ECR</p> <p><b>Atendiam ao PICO:</b> 2 ECR</p> <p><b>Países:</b> USA (1) Canadá (1)</p>	<p><b>População que atende ao PICO:</b> n=89</p> <p><b>Comorbidades:</b> Não informado</p> <p><b>Faixa etária:</b> Médias de 47,5 anos e 41,5 anos</p> <p><b>IMC base:</b> Médias de 33,6 (± 3) e 39,5 Kg/m<sup>2</sup></p> <p><b>Gênero (% mulheres):</b> 93,8% e não especificado no outro estudo</p> <p><b>Raça/cor/etnia:</b> Não especificado</p>	<p><b>Intervenção:</b> Intervenções dietéticas - individuais:</p> <p><u>Estudo 1:</u> Entrega de refeições para grupos com controle de carboidratos (30% carboidratos e 50% lipídeos).</p> <p><u>Estudo 2:</u> Dieta com alto índice de saciedade (alta em proteínas e fibras, moderada em lipídeos e baixo índice glicêmico) + 1 refeição ao dia (almoço ou janta) e sem restrição calórica. Para dois grupos de indivíduos: fenótipo de baixa saciedade (LSP) e fenótipo de saciedade elevada (HSP).</p> <p><b>Quem entrega:</b> <u>Estudo 1:</u> nutricionista; <u>Estudo 2:</u> não especificado.</p> <p><b>Local:</b> <u>Estudo 1:</u> atenção secundária; <u>Estudo 2:</u> não especificado.</p> <p><b>Para quem entrega:</b> Não especificado</p> <p><b>Tempo de seguimento:</b> <u>Estudo 1:</u> 17,5 semanas; <u>Estudo 2:</u> 16 semanas.</p>	<p><b>Comparadores:</b> <u>Estudo 1:</u> Controle de gorduras (50% carboidratos e 30% lipídeos), e com restrição calórica de 500 calorias para IMC ≥ 30 Kg/m<sup>2</sup> ou de 750 calorias para IMC ≥ 35 Kg/m<sup>2</sup>.</p> <p><u>Estudo 2:</u> Grupo controle: Dieta que forneceu 10 a 15%, 55 a 60% e 30% de energia na forma de proteínas, carboidratos e lipídios, respectivamente.</p> <p>Para dois grupos de indivíduos: fenótipo de baixa saciedade e fenótipo de saciedade elevada.</p>	<p>A maioria dos estudos apresentou melhores resultados de perda de peso com a associação entre restrições calóricas e intervenções baseadas em auxílio de nutricionistas ou psicólogos.</p> <p><u>Estudo 1:</u> <b>Perda de Peso (Kg)</b></p> <p><b>Intervenção</b> Após 20 semanas: Grupo intervenção : 11,08 (± 5,6) <b>Comparador</b> Grupo controle: 8,4 (± 7,7)</p> <p><u>Estudo 2:</u> <b>Perda de peso (Kg)</b></p> <p><b>Intervenção</b> Grupo LSP (fenótipo de baixa saciedade): 4,5 (± 3,1); Grupo HSP (fenótipo de saciedade elevada): 6,4 (± 5,8); <b>Comparador</b> Grupo LSP (fenótipo de baixa saciedade): 3,2 (± 2,9) Grupo HSP (fenótipo de saciedade elevada): 5,6 (± 4,0)</p> <p><b>Conclusão - Perda de peso - grupo intervenção vs grupo controle:</b> Grupo Intervenção = Grupo Controle (P = 0,32) (ambos os grupos apresentaram a mesma perda de peso (P&gt;0,05))</p>
---	---	--	---	---	---

<p>Ramezani-Jolfaie et al., 2020 (23)</p> <p><b>País de filiação dos autores:</b> Irã</p> <p><b>Financiamento:</b> Centro de pesquisa em Nutrição e Segurança Alimentar, Shahid Sadoughi Universidade de Ciências Médicas, Yazd, Irã (registration code: IR.SSU.SPH.REC.1397.059)</p> <p><b>Conflitos de interesse:</b> Declaram não possuir</p>	<p>Resumir os resultados sobre o efeito da Dieta Nórdica (ou dieta do Mar Báltico) no peso e na composição corporal em adultos.</p> <p><b>Total de estudos:</b> 7 ECR</p> <p><b>Atendiam ao PICO:</b> 2 ECR</p> <p><b>Países:</b> Finlândia (n=1) e Dinamarca (n=1)</p>	<p><b>População que atende ao PICO:</b> n=209</p> <p><b>Comorbidades:</b> Síndrome metabólica</p> <p><b>Faixa etária:</b> Médias de 55,4 anos e 41,3 anos</p> <p><b>IMC base:</b> Não especificado</p> <p><b>Gênero (%mulheres):</b> 90,9%</p> <p><b>Raça/cor/etnia:</b> Não especificado</p>	<p><b>Intervenção:</b>  <u>Estudo 1:</u> Dieta Nórdica (DN) (carboidratos=46,1%, proteínas=32%, lipídeos=16%)  <u>Estudo 2:</u> Dieta Nórdica (grandes quantidades de produtos nórdicos e orgânicos de vegetais, frutas, bagas, repolho, peixe, grãos inteiros, plantas selvagens e carne de caça).</p> <p>Obs: Todos os participantes receberam conselhos de acordo com as Recomendações Nórdicas de Nutrição.</p> <p><b>Quem entrega:</b> profissionais do Centro de pesquisa em Nutrição e Segurança Alimentar, Shahid Sadoughi Universidade de Ciências Médicas, Yazd, Irã</p> <p><b>Local:</b> Centro de pesquisa em Nutrição e Segurança Alimentar, Shahid Sadoughi Universidade de Ciências Médicas, Yazd, Irã</p> <p><b>Para quem entrega:</b>  <u>Estudo 1:</u> Adultos com obesidade ou com sobrepeso e medidas acentuadas de circunferência abdominal  <u>Estudo 2:</u> Adultos com obesidade e síndrome metabólica</p> <p><b>Tempo de seguimento:</b>  <u>Estudo 1:</u> 168 dias;  <u>Estudo 2:</u> 84 dias</p>	<p><b>Comparadores:</b>  <u>Estudo 1:</u> Dieta típica (carboidratos=42,7%, proteínas=17,1%, lipídeos=36,7%)  <u>Estudo 2:</u> Dieta média dinamarquesa - que consiste em grãos refinados (por exemplo, arroz e macarrão), carne, alimentos não saudáveis, produtos açucarados, vegetais com baixo teor de fibra e frutas importadas (por exemplo, bananas, frutas cítricas e melões), laticínios e queijo.</p>	<p>Os autores demonstram através de meta-análise entre os 7 estudos, que aqueles que aderiram à DN perderam peso em comparação com os controles. Contudo, os dados não podem ser expressados, já que não há possibilidade de estratificação de acordo com os critérios de inclusão desta RR, que aproveitou apenas resultados de duas ECR. A avaliação qualitativa de outros índices antropométricos também mostrou um efeito benéfico desse padrão alimentar na melhoria dos valores de gordura corporal e IMC; no entanto, esses achados não são conclusivos devido ao número limitado de estudos.</p>
--	---	---	---	---	--

<p>Ross et al., 2021 (22)</p> <p><b>País:</b> Austrália</p> <p><b>Financiamento:</b> não especificado</p> <p><b>Conflitos de interesse:</b> Autoras são nutricionistas de um serviço de saúde.</p>	<p><b>Objetivo:</b> Sintetizar evidências de ECRs que comparem dietas com muito pouco carboidrato e ricas em gorduras (25% carboidratos; 35% lipídeos) com dietas com baixa gordura (45% carboidratos; 30% lipídeos) e relatem perda de peso, e mudanças no diabetes e nos indicadores de risco cardiovascular.</p> <p><b>Total de estudos:</b> 8 ECR</p> <p><b>Atendiam ao PICO:</b> 2 ECR</p> <p><b>Países:</b> Estados Unidos (n=1), Suécia (n=1)</p>	<p><b>População que atende ao PICO:</b> n= 166</p> <p><b>Comorbidades:</b> Diabetes Mellitus tipo II</p> <p><b>Faixa etária:</b> <u>Estudo 1:</u> &gt;18 anos <u>Estudo 2:</u> não especificado</p> <p><b>IMC base:</b> <u>Estudo 1:</u> <math>\geq 25</math> <u>Estudo 2:</u> <math>32,7 \pm 5,4</math></p> <p><b>Gênero (%mulheres):</b> 55,7 a 78%</p> <p><b>Raça/cor/etnia:</b> Não especificado</p>	<p><b>Intervenção:</b> Dietas com baixo carboidrato e ricas em gordura</p> <p><u>Estudo 1:</u> 20 a 25 g carboidrato / dia por 2 semanas, em seguida, incrementos de 5 g / dia semanalmente dependendo da perda de peso; um livreto sobre carboidratos e teor de gordura dos alimentos, com instruções para automonitoramento; os participantes receberam menus estruturados / opções de refeição, receitas para as primeiras 2 semanas.</p> <p><u>Estudo 2:</u> 25% de carboidratos, 49% gorduras. Menus fornecidos aos participantes por 1 semana com sugestões de refeições e receitas.</p> <p><b>Quem entrega:</b> Nutricionista</p> <p><b>Local:</b> Serviço de saúde, não especificados</p> <p><b>Para quem entrega:</b> População com excesso de peso</p> <p><b>Tempo de seguimento:</b> Não especificado</p>	<p><b>Comparadores:</b> Dietas com baixa gordura (45% carboidratos; 30% lipídeos)</p>	<p>Dietas com baixo carboidrato e ricas em gordura versus dietas com baixa gordura</p> <p><u>Estudo 1:</u> Perda de peso (kg)</p> <p><u>Intervenção:</u> Primeira avaliação: <math>13,1 \pm 1,6</math> Avaliação final: <math>14,5 \pm 1,7</math></p> <p><u>Comparador:</u> Primeira avaliação: <math>11,6 \pm 1,6</math> Avaliação final: <math>11,5 \pm 1,2</math></p> <p><u>Estudo 2:</u> <b>Perda de peso (kg)</b> <b>Intervenção:</b> Apenas a avaliação final: 6 kg (média)</p> <p><b>Comparador:</b> 5,3 kg (média)</p>
--	--	--	--	---	--

Notas: DP - desvio padrão; ECNR - estudo de controle não-randomizado; ECR - estudo de controle randomizado; IC - intervalo de confiança; IMC - índice de massa corporal;

[veredas.org](http://veredas.org)

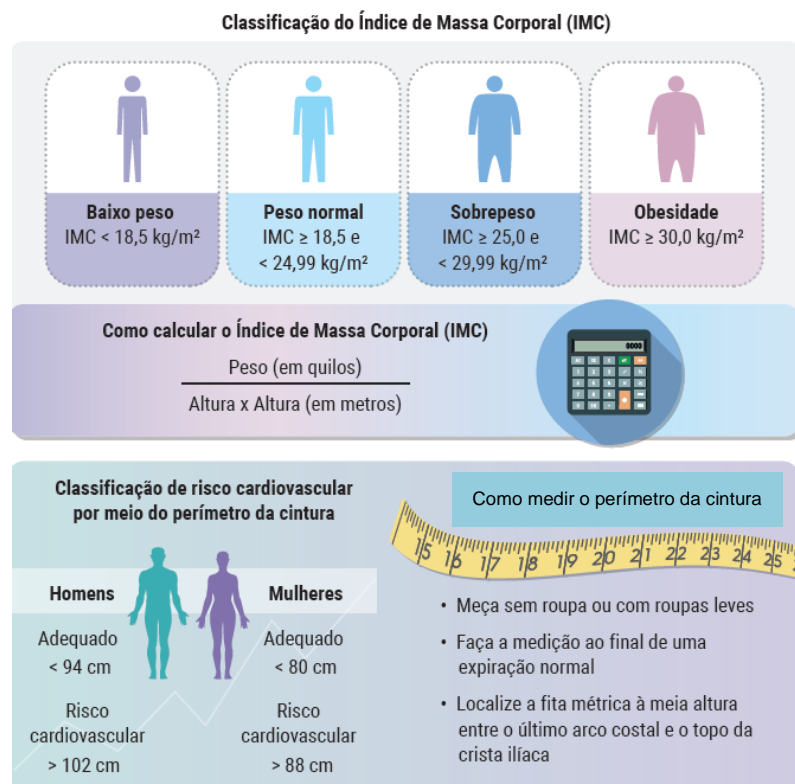
## ANEXO 3 – Versão Preliminar do Protocolo



## Protocolo de uso do Alimentar para a População Brasileira na orientação alimentar para pessoas com obesidade

Este é o segundo fascículo da série intitulada “Protocolos de Uso do Guia Alimentar para a População Brasileira no contexto da obesidade, hipertensão arterial e diabetes mellitus”, sendo destinado ao cuidado de pessoas adultas com obesidade acompanhadas na Atenção Primária à Saúde (APS). Sua elaboração teve o objetivo principal de instrumentalizar os profissionais não nutricionistas da APS para a orientação alimentar individualizada, a partir da integração das recomendações presentes no Guia Alimentar às especificidades da obesidade.

A obesidade é uma doença crônica e multifatorial, caracterizada por excesso de gordura corporal que leva ao comprometimento da saúde, aumentando o risco de morte prematura e outras doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), tais como doenças cardiovasculares, diabetes e alguns tipos de cânceres (WHITLOCK et al., 2009; WHO, 2021). O Ministério da Saúde recomenda que o diagnóstico de obesidade na APS seja realizado com base no Índice de Massa Corporal (IMC) e que o perímetro da cintura possa auxiliar o diagnóstico, mensurando a adiposidade abdominal para viabilizar a estratificação de risco cardiovascular em pessoas com excesso de peso (BRASIL, 2014a).



**Figura 1.** Diagnóstico de obesidade e estratificação do risco cardiovascular em pessoas com excesso de peso. Fonte: BRASIL, 2014a. Ilustração: ARAÚJO, GONÇALVES E WAGNER, 2020.

No Brasil, em 2019, a prevalência de obesidade foi de 25,9% (41,2 milhões de pessoas) e o excesso de peso foi observado em mais da metade dos brasileiros, totalizando aproximadamente 60,3% (96 milhões) (BRASIL, 2020b). Nesse mesmo ano, de um total de 12.776.938 adultos acompanhados na APS, 3,6 milhões (28,5%) apresentaram obesidade e 8 milhões (63%) excesso de peso (BRASIL, 2020c).

A elevada prevalência de obesidade está associada à perda de qualidade de vida e maiores custos aos sistemas de saúde (BRASIL, 2020b). Em 2018, no Sistema Único de Saúde (SUS), os custos atribuíveis à obesidade alcançaram aproximadamente R\$ 372 milhões, considerando gastos com hospitalizações, procedimentos ambulatoriais e medicamentos. Com a incorporação dos custos da obesidade como fator de risco para hipertensão arterial e diabetes mellitus, os custos totais atribuíveis à doença corresponderam a um total de R\$ 1,39 bilhão (NILSON, 2020).

Além do risco aumentado para complicações clínicas, pessoas com obesidade enfrentam estigma social, preconceito e discriminação baseados no peso em diversos espaços de convivência, incluindo centros de saúde. O estigma do peso se manifesta, por exemplo, por meio de estereótipos de que indivíduos com excesso de peso e obesidade são preguiçosos, malsucedidos, pouco inteligentes, sem autodisciplina, possuem pouca força de vontade e não seguem o tratamento para perda de peso (PUHL; HEUER, 2010). Esse estigma e discriminação desencadeiam inúmeras consequências negativas para a saúde física e mental das pessoas (PUHL; HEUER, 2010; RUBINO et al., 2020). Esse tipo de julgamento pode levar ao aumento da ingestão alimentar e ganho de peso excessivo e está associado a piores resultados de perda de peso, alimentação não saudável, compulsão alimentar, comer emocional em excesso, depressão, ansiedade, estresse e aumento no risco de mortalidade (PUHL; HIMMELSTEIN; PEARL, 2020; RUBINO et al., 2020; SUTIN; STEPHAN; TERRACCIANO, 2015). Compreender que a regulação do peso corporal é complexa, envolvendo mais fatores que apenas a ingestão e o gasto energético, e que fatores genéticos, ambientais, psicossociais e socioeconômicos contribuem de forma importante na gênese e no curso da obesidade, pode contribuir para reduzir o preconceito para com as pessoas com obesidade (RUBINO et al., 2020; CONGDON, 2019; ROHDE et al., 2019; VITTENGL, 2018).

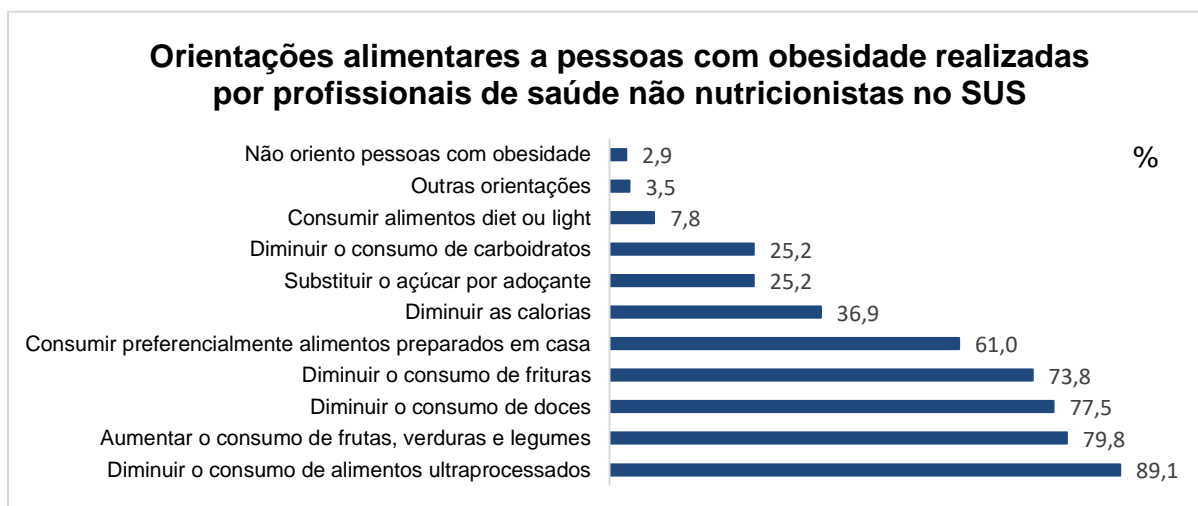
Diante da complexidade que envolve o tratamento de pessoas com obesidade, visto que diversos fatores podem impactar as escolhas alimentares e a relação com a comida, o cuidado desses usuários deve ser realizado por uma equipe multiprofissional na APS, e em casos mais graves, por equipes da atenção especializada. Ter uma linha de cuidado implementada no território para atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade é um importante passo na organização dos serviços e para o sucesso das ações delineadas.

A orientação alimentar é fundamental no acompanhamento das pessoas com sobrepeso e obesidade e pode ser realizada por todos os profissionais da APS responsáveis

pelo acompanhamento de seus usuários. A pedido do Ministério da Saúde, foram ouvidos entre os meses de março e maio de 2021, no âmbito da elaboração deste protocolo, 529 profissionais não nutricionistas que atuam no SUS em diferentes regiões do país acompanhando pessoas adultas com obesidade, hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus, e quase todos declararam realizar orientações sobre alimentação durante seus atendimentos (99,4%).

Sobre o conteúdo das orientações realizadas pelos profissionais não nutricionistas, a maioria (89%) recomendava que as pessoas com obesidade diminuíssem o consumo de alimentos ultraprocessados. Grande parte também orientava aumentar o consumo de frutas, verduras e legumes (79,8%) e consumir preferencialmente alimentos preparados em casa (61%). Essas práticas estão em consonância com os princípios orientadores do Guia Alimentar, que propõe que a base da alimentação seja composta por alimentos *in natura* ou minimamente processados, evitando-se o consumo de alimentos ultraprocessados.

Entretanto, observou-se que muitos profissionais realizaram recomendações que não estão alinhadas com as diretrizes mais atuais como, por exemplo, a diminuição do consumo de carboidratos (25%), a substituição do açúcar por adoçante (25%) e de alimentos tradicionais por alimentos *diet* ou *light* (7,8%). O gráfico a seguir apresenta um pouco mais do conteúdo das orientações alimentares investigadas (Figura 2).



**Figura 2.** Orientações alimentares realizadas por profissionais de saúde não nutricionistas atuantes no SUS, em relação à população adulta com obesidade.

Assim, este protocolo visa colaborar com as práticas desses profissionais, buscando alinhar suas orientações às atuais recomendações do Guia Alimentar, estimulando a adoção de mensagens rápidas, efetivas e de fácil entendimento pela população acompanhada na APS.

## Como utilizar o protocolo?

**1** - Preencha o formulário Marcadores de Consumo Alimentar para Uso na APS (SISVAN e/ou e-SUS). Esse preenchimento no próprio sistema de informação também colabora com a implementação da Vigilância Alimentar e Nutricional em seu território! (figura 3).

**Atenção:** Utilize linguagem simples e clara ao realizar as perguntas e tente não manifestar julgamentos, tanto por meio de palavras como por expressões corporais. Esteja atento também às expressões que o usuário demonstra no momento da pergunta e caso identifique que alguma questão não foi compreendida, esclareça.

**2** - Após o preenchimento e a identificação dos marcadores alimentares saudáveis e não saudáveis, siga para o fluxograma (figura 4).

**3** - Realize as orientações alimentares propostas pelo fluxograma seguindo as etapas. Não há um número de orientações alimentares estabelecidas para cada consulta. O profissional tem autonomia para, em conjunto com o usuário, decidir o que será abordado e priorizado.

**Atenção:** Tente reconhecer e evitar o estigma do peso que pode se manifestar inconscientemente no momento de realizar as orientações alimentares.

**4** - Quando identificar uma prática alimentar adequada, valorize e incentive a preservação dela. As justificativas apresentadas nas recomendações podem ser utilizadas para a valorização do hábito alimentar do usuário.

**Atenção:** A valorização de uma prática alimentar adequada independe de variações no peso, ou seja, se o usuário ganhar ou não perder peso entre uma consulta e outra, a valorização da prática alimentar deve ser realizada da mesma forma.

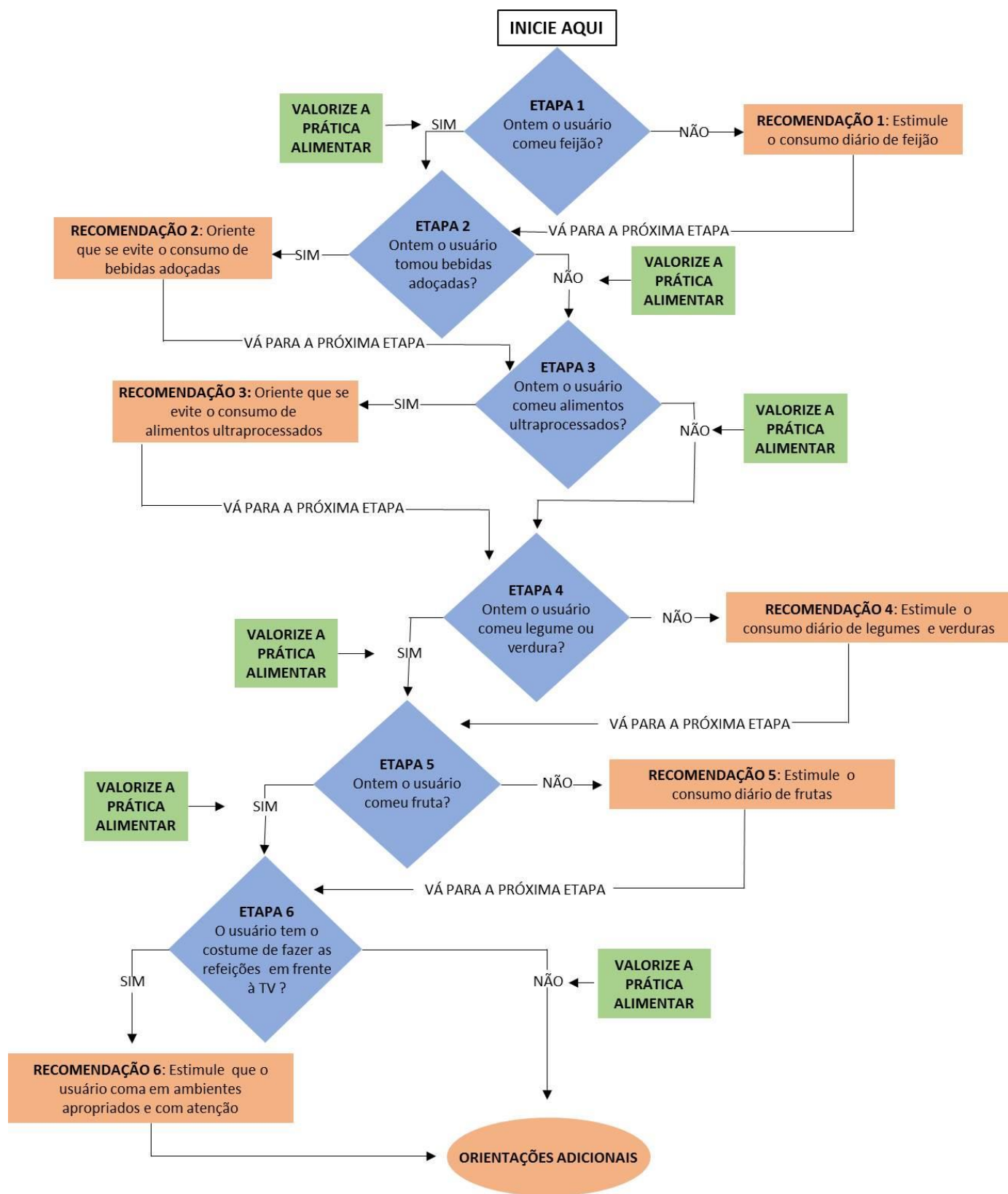
**5** - Ao longo das consultas vá avançando nas etapas da orientação alimentar.

**Atenção:** Apesar do fluxograma sugerir uma ordem para as recomendações, o profissional pode optar por realizá-las em ordens diferentes, caso identifique que o usuário tenha condição ou esteja mais preparado e motivado para uma mudança do que para outra.

CRIANÇAS COM 2 ANOS OU MAIS, ADOLESCENTES, ADULTOS, GESTANTES E IDOSOS	Você tem costume de realizar refeições assistindo à TV, mexendo no computador e/ou celular?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
	Quais refeições você faz ao longo do dia? <input type="checkbox"/> Café da manhã <input type="checkbox"/> Lanche da manhã <input type="checkbox"/> Almoço <input type="checkbox"/> Lanche da tarde <input type="checkbox"/> Jantar <input type="checkbox"/> Ceia	
	Ontem, você consumiu:	
	Feijão	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
	Frutas frescas (não considerar suco de frutas)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
	Verduras e/ou legumes (não considerar batata, mandioca, aipim, macaxeira, cará e inhame)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
	Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
	Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de côco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
	Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe	

**Figura 3:** Formulário dos Marcadores de Consumo Alimentar

Fonte: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/esus/ficha\\_marcadores\\_alimentar\\_v3\\_2.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/esus/ficha_marcadores_alimentar_v3_2.pdf)



**Figura 4** - Fluxograma direcional de conduta para orientação alimentar da pessoa adulta com obesidade, a partir dos Marcadores de Consumo Alimentar. Fonte: Brasil, 2021.

## **RECOMENDAÇÃO 1: ESTIMULE O CONSUMO DIÁRIO DE FEIJÃO**

**ORIENTAÇÃO:** Estimule o consumo diário de alimentos do grupo dos feijões (feijões, lentilha, ervilha e grão-de-bico), preferencialmente no almoço e no jantar.

### **VARIAÇÕES E SUGESTÕES DE PREPARAÇÕES:**

- Estimule o consumo de variedades de feijão (preto, carioca, branco, de corda, fradinho, fava etc.) ou a substituição por outro alimento do mesmo grupo, como lentilha, ervilha ou grão-de-bico (o que também pode ser uma opção para aqueles que relatam não gostar de feijão).
- Além da combinação com o arroz, o feijão pode ser consumido com farinha de mandioca (como no caso do tutu ou do feijão tropeiro), no acarajé, no baião-de-dois ou até mesmo em sopas e saladas.

### **JUSTIFICATIVA:**

Arroz e feijão é o prato típico do brasileiro. O consumo dessa combinação tem alto poder de saciedade e promove o bem-estar por ser uma preparação completa, saborosa e cultural. Os feijões, assim como os demais alimentos do grupo, colaboram com a ingestão de proteínas, fibras e diversas vitaminas e minerais, como ferro. A combinação do arroz com feijão, apreciada e consumida por grande parte da nossa população, é bastante acessível e possui um excelente perfil de nutrientes. Ao contrário do que o senso comum aponta, a combinação do arroz e feijão faz parte de padrões alimentares associados a menor ocorrência de obesidade e doenças crônicas não-transmissíveis e não prejudica o processo de perda de peso.

### **POSSÍVEIS OBSTÁCULOS E ESTRATÉGIAS PARA SUPERÁ-LOS:**

Pergunte ao usuário qual ou quais obstáculos ele acredita que encontrará para comer feijão na alimentação diária (preferencialmente almoço e jantar). Em seguida, pergunte de qual forma ele imagina ser possível lidar com esses obstáculos. De acordo com as respostas e as demandas do usuário, peça permissão para compartilhar informações e dar sugestões, construindo estratégias em parceria. A seguir são indicadas algumas formas mais frequentes para lidar com esses obstáculos.

#### **→ Maneiras de aperfeiçoar o preparo:**

- Para **reduzir o tempo de cozimento e facilitar a digestão dos grãos**, oriente que o usuário deixe os grãos de molho antes do cozimento (de 6 a 12 horas).
- Se for possível, indique a utilização da panela de pressão para reduzir o tempo de cozimento.
- Oriente o congelamento do feijão em porções para ser consumido ao longo dos dias da semana de forma prática.

- **Lentilha e ervilha** podem funcionar como opções de substituição que não necessitam deixar de molho ou do uso de panela de pressão, diminuindo o tempo e facilitando o preparo. Esses alimentos, assim como o feijão, podem ser congelados em porções.

- **Atenção para a quantidade de sal, uso de temperos industrializados, carnes salgadas e embutidos** (como linguiça, carne de sol e toucinho), utilizados na preparação do feijão. **Estimule o uso de temperos naturais** (como cheiro-verde, alho, cebola, manjeriço, pimenta do reino, cominho, louro, hortelã, jambu, orégano, coentro, alecrim, pimentão, tomate, entre outros) para dar mais sabor às preparações e reduzir o uso excessivo de sal. Adicionar legumes e verduras no feijão também pode tornar a preparação mais saborosa e nutritiva e poderá ser uma forma de substituir carnes gordurosas ou embutidos.
- **Algumas pessoas relatam não ter habilidade para o preparo do feijão.** Nesse caso, comente (e isso vale para homens e mulheres) que o preparo, embora possa ser um pouco demorado, é muito simples. Se possível, procure uma receita junto ao usuário ou estimule que ele busque em livros ou páginas na internet ou mesmo que aprenda com quem já sabe.
- Com a finalidade de perder peso e a **crença de que o consumo de arroz e feijão contribui para o aumento do peso**, algumas pessoas **substituem o almoço e/ou o jantar típicos do brasileiro por lanches**. Pergunte ao usuário se ele tem o hábito de realizar essas substituições com essa finalidade. Em caso afirmativo, peça permissão para comentar sobre o assunto e compartilhe a informação de que **essa prática, na verdade, não auxilia no emagrecimento** e geralmente reduz a qualidade da alimentação. Além disso, o hábito de jantar permite melhor aproveitamento dos alimentos que sobraram do almoço, evitando desperdícios. Por fim, reforce a importância que a combinação do arroz com feijão oferece para a saúde.

**FORA DE CASA**, restaurantes que servem refeições preparadas na hora, como “quilos”, “buffets” ou “pratos feitos” são boas opções para o consumo de feijão. Valorize refeitórios institucionais (em locais de trabalho e instituições de ensino) que servem comida fresca, restaurantes populares e cozinhas comunitárias. Para algumas pessoas, levar comida feita em casa (“marmitta”) para o local de trabalho ou estudo pode ser outra boa opção.



## **RECOMENDAÇÃO 2: ORIENTE QUE SE EVITE O CONSUMO DE BEBIDAS ADOÇADAS**

**ORIENTAÇÃO:** Oriente que as pessoas evitem o consumo de bebidas adoçadas, tais como refrigerante, suco e água de coco de caixinha, suco em pó, refrescos e xaropes de guaraná ou groselha (também chamadas de bebidas ultraprocessadas).

### **SUGESTÕES DE ALTERNATIVAS SAUDÁVEIS:**

- Incentive ao longo do dia o consumo de água pura ou, como preferido por algumas pessoas, “temperada”, conhecidas também como água aromatizada (podendo ter rodela de limão, casca de abacaxi, frutas, gengibre ou folhas de hortelã).
- Água de coco natural, café e chás naturais podem ser consumidos, desde que com moderação e preferencialmente sem a adição de açúcar ou com o mínimo possível.
- Os sucos naturais feitos a partir da fruta podem ser consumidos, mas não devem ser prioridade, pois não fornecem os mesmos benefícios e nutrientes que o consumo da água ou da fruta inteira. Os sucos apresentam menor poder de saciedade e menor teor de fibras (perdidas durante seu preparo). Além disso, sucos são muito mais calóricos que as frutas in natura, pois concentram apenas a sua fração líquida, rica em açúcares naturais. Se mesmo assim a opção do usuário for pelo suco, recomende que seja consumido sem adição de qualquer tipo de açúcar ou com o mínimo possível, que seja diluído em uma fração de água e que se evite consumi-lo junto às refeições principais (café da manhã, almoço e jantar), dando preferência para as pequenas refeições (lanches).

### **JUSTIFICATIVA**

O sabor acentuado (favorecido pelo excesso de açúcar, aromatizantes, corantes e outros aditivos) e a praticidade das bebidas adoçadas, contribuem para o seu consumo. Tais produtos geralmente são comercializados em embalagens maiores do que as de tamanhos regulares, por um preço ligeiramente superior, o que favorece o consumo involuntário de calorias. O nosso organismo possui maior dificuldade em identificar a saciedade em relação às calorias advindas de bebidas, o que favorece maior ingestão energética. Alerta que o consumo desses produtos não é recomendado, pois interfere na ingestão de água (meio correto e seguro de hidratação), contribui para o excesso de ganho de peso e aumenta o risco de doenças crônicas, como a diabetes mellitus.

### **POSSÍVEIS OBSTÁCULOS E ESTRATÉGIAS PARA SUPERÁ-LOS**

Pergunte ao usuário qual ou quais obstáculos ele acredita que encontrará para evitar ou reduzir o consumo de bebidas adoçadas. Em seguida, pergunte de qual forma ele imagina ser possível lidar com esses obstáculos. De acordo com as respostas e as demandas do usuário, peça permissão para compartilhar informações e dar sugestões, construindo

estratégias em parceria. A seguir são indicadas algumas formas mais frequentes para lidar com esses obstáculos.

→ Para usuários que não têm o **hábito de consumir água**, existem algumas maneiras de incentivar o consumo ao longo do dia:

- Oriente que o usuário **leve garrafas de água na bolsa** quando sair de casa, garantindo acesso à água potável durante o dia, além de economizar na compra de outras bebidas.

- Em casa ou no trabalho, **mantenha sempre próxima uma garrafa de água**.

- Para algumas pessoas, o uso de aplicativos de celular ou despertador pode ser uma estratégia para lembrar sobre a ingestão de água.

→ Para aqueles que possuem um **consumo muito alto de bebidas adoçadas**, uma redução gradual é provavelmente mais factível e efetiva do que a interrupção abrupta. Outra opção é **reduzir gradualmente a adição de açúcar em bebidas** como chás, cafés e sucos naturais, permitindo que o paladar do indivíduo se acostume pouco a pouco a menores quantidades de açúcar, até que seja possível não o adicionar. Recomende também a substituição por água ou água “temperada”.

→ **As bebidas adoçadas artificialmente independente de suas diferentes denominações (“zero”, “light” ou “diet”) são produtos ultraprocessados**, repletos de aditivos e adoçantes artificiais e ausentes de vitaminas, minerais, fibras e outras substâncias benéficas à saúde. Alerta que ao contrário do que o senso comum aponta tais produtos **não são alternativas saudáveis**. Além disso, não previnem o ganho de peso, não ajudam na perda de peso a longo prazo, estimulam a preferência pelo sabor doce e aumentam o risco de danos metabólicos e cardiovasculares.

→ **Atenção para a adição de adoçante de mesa** em bebidas preparadas como leite, café, chás ou sucos. Adoçantes artificiais são produtos ultraprocessados e não há evidências do benefício da substituição de açúcar por adoçante para a perda de peso. O uso de adoçante deve ser evitado, pois pode contribuir para o desenvolvimento de intolerância a glicose e alterar a microbiota intestinal, podendo ser utilizado em alguns casos com indicação clínica e a partir de uma prescrição dietética individual.

### **RECOMENDAÇÃO 3: ORIENTE QUE SE EVITE O CONSUMO DE ALIMENTOS ULTRAPROCESSADOS**

**ORIENTAÇÃO:** Oriente que hambúrguer, embutidos (linguiças, salsicha, presunto, mortadela, salames), macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote, biscoitos e bolachas salgadas ou recheados, doces e guloseimas são alimentos ultraprocessados e devem ser evitados.

#### **SUGESTÕES DE ALTERNATIVAS SAUDÁVEIS:**

- **Valorize as três principais refeições do dia** - café da manhã, almoço e jantar. No **almoço** e no **jantar**, oriente que o usuário **consuma comida caseira**, como arroz e feijão, macarrão, carnes, ovos, verduras, mandioca, batatas e tortas caseiras, entre outros.

- Quando necessário, para as **pequenas refeições**, sugira o consumo de leite ou iogurte natural (sem adição de açúcar ou sabor artificial), acompanhado de frutas frescas ou secas, castanhas, amendoim ou nozes, cuscuz, tapioca, pão francês, pamonha, mandioca, batata-doce, entre outros.

- Oriente **evitar ter produtos ultraprocessados ao alcance da mão**, seja em casa, seja no ambiente de trabalho ou estudo. Boas opções para ter ao alcance das mãos são frutas frescas ou secas e castanhas ou nozes.

- Estimule que o usuário priorize frutas inteiras como sobremesa ou, em menor frequência, **sobremesas caseiras**, como bolos, tortas caseiras e compotas, ao invés de doces ou guloseimas industrializadas. Se possível, procure uma receita ou estimule que ele busque em livros ou páginas na internet receitas que não necessitem ou usem pouco açúcar na preparação. Esse é mais um momento em que é possível exercitar o autocuidado e estimular o preparo de uma receita culinária!

#### **JUSTIFICATIVA:**

Os alimentos ultraprocessados são nutricionalmente desbalanceados, ricos em gorduras, açúcares e sódio e muito pobres em fibras, vitaminas e minerais. Alimentos *in natura* ou minimamente processados, quando presentes, representam pequena proporção dos ingredientes desses produtos. Por meio de diferentes fatores esses alimentos afetam negativamente a regulação da fome e da saciedade, induzindo ao consumo excessivo. A elevada quantidade de calorias por grama, comum à maioria dos alimentos ultraprocessados, é um dos principais fatores que levam a prejuízos no balanço de energia e favorecem o ganho de peso excessivo. O consumo de alimentos ultraprocessados contribui com o aparecimento de várias doenças crônicas não transmissíveis, tais como doenças cardiovasculares, diabetes e câncer. Uma vez que a obesidade é fator de risco para essas doenças, o consumo desses alimentos pode tanto aumentar o risco como complicar o cuidado das pessoas.

## POSSÍVEIS OBSTÁCULOS E ESTRATÉGIAS PARA SUPERÁ-LOS:

Pergunte ao usuário qual ou quais obstáculos ele acredita que encontrará para evitar ou reduzir o consumo de alimentos ultraprocessados. Em seguida, pergunte de qual forma ele imagina ser possível lidar com esses obstáculos. De acordo com as respostas e as demandas do usuário, peça permissão para compartilhar informações e dar sugestões, construindo estratégias em parceria. A seguir são indicadas algumas formas mais frequentes para lidar com esses obstáculos.

- **Auxilie o usuário a identificar um alimento ultraprocessado.** Oriente a leitura da **lista de ingredientes** presente nos rótulos dos alimentos. Informe que um número elevado de ingredientes (frequentemente cinco ou mais) e, principalmente, a presença de ingredientes com nomes pouco familiares e não usados em casa nas preparações culinárias (amido modificado, carboximetilcelulose, açúcar invertido, lactose, óleos hidrogenados ou interesterificados, aromatizantes, entre outros) indicam que o produto é ultraprocessado e que, portanto, deve ser evitado. Muitos desses ingredientes são fontes importantes de açúcares e gorduras manipulados industrialmente, estando associados ao ganho excessivo de peso e prejudicando o processo de emagrecimento.
- Atenção especial deve ser dada ao consumo de alimentos ultraprocessados, como hambúrguer, embutidos e macarrão instantâneo que, muitas vezes, podem ser confundidos com versões menos processadas. Esses alimentos também são frequentemente substitutos das refeições principais, prejudicando o consumo de refeições completas capazes de colaborar com o aporte adequado de nutrientes e calorias.
- Converse sobre **a publicidade dos alimentos ultraprocessados** e o quanto ela pode confundir o consumidor enquanto cumpre sua função que é essencialmente promover a venda dos produtos. Por exemplo, **alerte que alimentos ultraprocessados integrais (como biscoito ou pão integral empacotado), com mensagens de benefício à saúde (“rico em fibras”) ou modificados (versões “light” ou “diet”)** não são melhores que os outros alimentos ultraprocessados e devem ser evitados. Frequentemente, por exemplo, o conteúdo de gordura de um produto light ou diet é reduzido à custa do aumento no conteúdo de açúcar ou vice-versa. Outro exemplo é a adição de fibras ou micronutrientes sintéticos aos produtos, sem a garantia de que o nutriente adicionado reproduza no organismo a função do nutriente naturalmente presente nos alimentos.
- A grande maioria dos alimentos ultraprocessados é consumida, ao longo do dia, substituindo alimentos como frutas, leite e água ou, nas refeições principais, no lugar de preparações culinárias. Dessa forma, alimentos ultraprocessados tendem a limitar o

consumo de alimentos *in natura* ou minimamente processados, o que reduz a qualidade da alimentação e pode causar danos à saúde. **A substituição de alimentos ultraprocessados por alimentos in natura ou minimamente processados é capaz de reduzir substancialmente a ingestão de calorias da alimentação, cessando o ganho excessivo de peso e colaborando com o processo de emagrecimento.**

- Nas consultas, **valorize o tempo dedicado aos atos de comer e de cozinhar**, fale sobre culinária e estimule as pessoas (de todas as idades e gêneros) a procurar desenvolvê-los e partilhá-los com as pessoas com quem convivem. Se possível, procure uma receita junto ao usuário ou estimule que ele busque em livros ou páginas na internet ou mesmo que aprenda com quem já sabe.
- Auxilie o usuário a **planejar o tempo** destinado para a alimentação, como a compra, a organização, o preparo e o consumo dos alimentos. **Sugestões:**
- **Pensar em potenciais refeições** que serão preparadas ao longo da semana e com base nisso **elaborar uma lista de compras**. Os alimentos não perecíveis podem ser comprados com menos frequência (a cada 15 dias, por exemplo) e os alimentos frescos e perecíveis, uma ou duas vezes na semana. O planejamento das compras reduz as idas ao mercado e às feiras.
  - **Organizar a ida ao mercado**. Ir ao mercado com fome nos torna mais vulneráveis à grande exposição de alimentos, principalmente de alimentos ultraprocessados. Realizar as compras de alimentos em momentos que estamos saciados favorece a aquisição de alimentos baseada no planejamento.
  - **Ter sempre disponíveis alimentos que possam ser utilizados para preparar rapidamente uma refeição** (macarrão, ovos). Exemplifique que o tempo de preparo de um prato de macarrão com molho de tomate, com legumes ou alho e óleo é de apenas 5 minutos a mais do tempo gasto para preparar um macarrão instantâneo.
  - Informe sobre a utilidade de manter preparações caseiras congeladas, como carne, feijão, molho de tomate, sopas e até mesmo porções de refeições individuais em marmitas que podem ser aquecidas diariamente.

**FORA DE CASA**, aconselhe ao usuário dar preferência a restaurantes que sirvam refeições preparadas na hora, como “quilos”, “buffets” ou “pratos feitos”, e evitar lanchonetes ou redes de comida *fast food* na alimentação habitual. Valorize refeitórios institucionais (em locais de trabalho e instituições de ensino) que servem comida fresca, restaurantes populares e cozinhas comunitárias. Para os pequenos lanches, sugira que as pessoas façam um

planejamento prévio e que carreguem alimentos *in natura* ou minimamente processados que sejam práticos para transportar e consumir, tais como frutas, castanhas e nozes.

## **RECOMENDAÇÃO 4: ESTIMULE O CONSUMO DIÁRIO DE LEGUMES E VERDURAS**

**ORIENTAÇÃO:** Estimule o consumo diário de legumes e verduras no almoço e no jantar (acompanhando, por exemplo, a combinação do arroz com feijão).

### **VARIAÇÕES E SUGESTÕES DE PREPARAÇÕES**

- Relembre que existe uma diversidade imensa de legumes e verduras no país. Valorize os legumes e verduras da sua região.
- Explique que os legumes e as verduras podem ser consumidos e incorporados à alimentação de diversas maneiras: em saladas cruas, em preparações quentes (cozidos, refogados, assados, gratinados, empanados, ensopados), em sopas e, em alguns casos, recheados ou na forma de purês.
- Também é possível incluir verduras e legumes em preparações culinárias, como omelete com legumes, arroz com legumes, feijão, bolinho de espinafre, recheio de tortas, molhos de macarrão e farofas.
- Estimule também o uso de cebola, alho, pimenta, coentro e outros temperos naturais para temperar e realçar o sabor das preparações. O uso do limão em saladas pode ajudar a reduzir a necessidade de adição de sal.

### **JUSTIFICATIVA**

Legumes e verduras são excelentes fontes de vitaminas, minerais, fibras, compostos com propriedades antioxidantes e possuem uma quantidade baixa de calorias. Conferem proteção para obesidade e outras doenças crônicas não transmissíveis associadas, como o diabetes e doenças do coração. A presença de vários antioxidantes contribui na proteção de alguns tipos de cânceres. Além disso, as fibras presentes nesses alimentos auxiliam o funcionamento saudável do intestino, ajudando a evitar a constipação. A inclusão desse grupo de alimentos nas preparações culinárias torna as refeições diárias mais atraentes e menos monótonas. Verduras e legumes devem ser consumidos diariamente e são grandes aliados no processo de perda de peso saudável.

### **POSSÍVEIS OBSTÁCULOS E ESTRATÉGIAS PARA SUPERÁ-LOS**

Pergunte ao usuário qual ou quais obstáculos ele acredita que encontrará para comer legumes e verduras diariamente no almoço e no jantar. Em seguida, pergunte de qual forma ele imagina ser possível lidar com esses obstáculos. De acordo com as respostas e as demandas do usuário, peça permissão para compartilhar informações e dar sugestões, construindo estratégias em parceria. A seguir são indicadas algumas formas mais frequentes para lidar com esses obstáculos.

- **Para economizar** na compra desses alimentos, oriente que os indivíduos optem por legumes e verduras **da época**, pois esses sempre terão menor preço, além de **maior qualidade e mais sabor**.
- Comprar esses alimentos em locais onde há menos intermediários entre o agricultor e o consumidor final, como feiras, sacolões ou varejões, também pode **reduzir custos**. Sempre que possível compre diretamente dos produtores, seja em feiras ou por meio de grupos coletivos de compras. Nesse último caso, **variedades orgânicas** podem se tornar bastante acessíveis. Oriente que se evite fazer compras em locais que só vendem alimentos ultraprocessados.
- **Para economizar tempo**, explique que legumes e verduras podem ser higienizados com antecedência para serem armazenados no refrigerador ou já porcionados no congelador, facilitando o uso ao longo da semana. Além disso, preparações como omeletes e arroz com legumes são rápidas e podem ser uma boa opção em dias em que a disponibilidade de tempo é menor.
- Incentive o uso generoso de temperos naturais (como cheiro-verde, alho, cebola, manjericão, pimenta do reino, cominho, louro, hortelã, jambu, orégano, coentro, alecrim, pimentão, tomate, entre outros) **para realçar o sabor das preparações e reduzir o uso excessivo de sal**.
- Sugira o cultivo de uma **horta em casa** (plantada nos quintais, em vasos pendurados em muros ou apoiados em lajes ou sacadas). Dependendo do espaço, além de temperos naturais, tomates, couve, alface e cenoura podem ser ótimas opções. O cultivo desses alimentos além de contribuir para o bem-estar e autocuidado, estimula o consumo.
- Para aqueles que referem **não ter o hábito ou não gostar** desses alimentos, estimule a diversificação das formas de preparo, a aprendizagem de novas receitas e o resgate de hábitos e receitas familiares tradicionais para o preparo de legumes e verduras.



## RECOMENDAÇÃO 5: Estimule o consumo diário de frutas

**ORIENTAÇÃO:** Estimule o consumo diário de frutas inteiras

### VARIAÇÕES E SUGESTÕES

- Relembre que existe grande variedade de frutas no país. Valorize as frutas da sua região.
- Explique que as frutas podem ser consumidas frescas ou secas (desidratadas), no café da manhã, no almoço e no jantar (em saladas ou como sobremesas), ou como pequenas refeições.
- Além de puras, as frutas podem ser adicionadas em salada de folhas, misturadas em salada de frutas, em massas de bolo, ou consumidas com iogurte natural, leite, aveia ou cremes. Em algumas regiões do Brasil, são consumidas com peixe e farinha de mandioca (açai), com arroz e frango (pequi) ou como moqueca (banana).
- Frutas maduras podem ser congeladas e usadas posteriormente em preparações de vitaminas com leite, iogurte natural e aveia ou para fazer sorvetes naturais. O congelamento é uma alternativa para aumentar o seu consumo e o seu aproveitamento.

### JUSTIFICATIVA

As frutas são excelentes fontes de fibras, de vitaminas e minerais e de vários compostos (como antioxidantes) que contribuem para a prevenção de muitas doenças. Sucos naturais da fruta nem sempre proporcionam os mesmos benefícios e saciedade da fruta inteira, pois as fibras e nutrientes podem ser perdidos durante o preparo. As fibras presentes nesses alimentos contribuem para o funcionamento saudável do intestino, ajudando a evitar a constipação intestinal. Por isso, o ideal é consumi-las inteiras, tanto nas refeições principais, como em pequenas refeições.

### POSSÍVEIS OBSTÁCULOS E ESTRATÉGIAS PARA SUPERÁ-LOS:

Pergunte ao usuário qual ou quais obstáculos ele acredita que encontrará para comer diariamente frutas. Em seguida, pergunte de qual forma ele imagina ser possível lidar com esses obstáculos. De acordo com as respostas e as demandas do usuário, peça permissão para compartilhar informações e dar sugestões, construindo estratégias em parceria. A seguir são indicadas algumas formas mais frequentes para lidar com esses obstáculos.

- **Para economizar na compra desses alimentos**, oriente que os indivíduos optem pelas frutas **da estação**, pois essas sempre terão menor preço, além de **maior qualidade e mais sabor**.
- Comprar esses alimentos em locais onde há menos intermediários entre o agricultor e o consumidor final, como feiras, sacolões ou varejões, também pode **reduzir custos**. Sempre que possível compre diretamente dos produtores, seja em feiras ou por meio de grupos coletivos de compras. Nesse último caso, **variedades orgânicas** podem se tornar

bastante acessíveis. Oriente que se evite fazer compras em locais que só vendem alimentos ultraprocessados.

- Para economizar tempo, explique que as frutas podem ser higienizadas com antecedência e armazenadas no refrigerador e em alguns casos até picadas, facilitando o seu consumo ao longo da semana.
- Para aqueles que referem **não ter o hábito ou não gostar** de frutas, estimule o consumo da fruta de preferência, que o usuário experimente as combinações de frutas e se permita experimentar frutas desconhecidas. Outras opções para consumir frutas podem ser em combinação com castanhas, nozes, amêndoas, amendoins, aveia ou em outras receitas, como bolos, tortas e saladas.
- **Atenção:** as frutas consumidas em grandes quantidades podem aumentar substancialmente as calorias ingeridas durante o dia, portanto, oriente o usuário a variar o tipo de fruta e observar com atenção as quantidades ingeridas para que não seja consumido mais do que o necessário para atingir a saciedade durante a refeição da qual elas façam parte.
- As frutas também podem ser boas opções para aquelas pessoas que relatam **grande preferência pelo sabor doce**, podendo substituir alimentos ultraprocessados. Sugira aos usuários consumir frutas como banana, maçã, pera ou pêssegos de forma cozida ou assada com canela ou gengibre. Caldas preparadas a partir de frutas sem adição de açúcar também podem dar aquele charme a bolos e tortas!

**FORA DE CASA**, para pequenas refeições ou sobremesa das refeições principais, oriente que o usuário planeje levar frutas práticas, fáceis de transportar e consumir, como banana, goiaba, mexerica/tangerina/bergamota e maçã. Se tiver onde refrigerar, uma opção é levar frutas já picadas. Por exigirem pouco ou nenhum preparo, são excelentes opções para o consumo fora de casa.

## **RECOMENDAÇÃO 6: ESTIMULE QUE O USUÁRIO COMA EM AMBIENTES APROPRIADOS E COM ATENÇÃO**

**ORIENTAÇÃO:** Estimule que o usuário se alimente com regularidade e atenção, sem se envolver em outras atividades, como assistir televisão, mexer no celular ou computador, comer na mesa de trabalho, em pé ou andando ou dentro de carros ou transportes públicos. Estimule também, que o usuário faça as refeições sempre que possível em companhia com a família ou amigos.

### **JUSTIFICATIVA:**

Compartilhar o comer e as atividades envolvidas neste ato é um modo simples e profundo de criar e desenvolver relações entre pessoas. Comer é parte natural da vida social. A companhia de familiares ou amigos na hora da refeição contribui para comer com regularidade e atenção e proporciona mais prazer com a alimentação. Refeições feitas em companhia favorecem comer com tranquilidade e a escolha de ambientes de comer mais adequados, pois é comum que refeições compartilhadas demandem mesas e utensílios apropriados. O ambiente onde comemos pode influenciar as nossas escolhas alimentares e por consequência a qualidade e quantidade de alimentos que ingerimos, assim como o prazer que podemos desfrutar da alimentação. Locais limpos, tranquilos e agradáveis favorecem a presença e a consciência no ato de comer e convidam a que se coma com tranquilidade (sem pressa) e se aprecie as preparações culinárias.

### **SUGESTÕES PARA MUDANÇA DE COMPORTAMENTO:**

- Convide o usuário a refletir sobre o ato de comer como um momento de autocuidado e de prazer, onde é possível compartilhar as tarefas que precedem e sucedem o consumo das refeições, além de desfrutar da companhia de seus familiares, colegas ou amigos.
- Convide o usuário a apreciar e saborear a refeição. Usufruir de todo o prazer proporcionado pelos diferentes sabores e texturas dos alimentos e de suas preparações culinárias. Para isso, um ambiente tranquilo que permita que o comer receba toda a atenção que ele merece é essencial.
- Estimule o usuário a se organizar para realizar as refeições, de preferência, sentado à mesa, tanto em casa como fora.
- Converse sobre a importância de mastigar completamente para saborear e apreciar a refeição, assim como para uma boa digestão dos alimentos e percepção do corpo sobre a chegada dos alimentos (sinalização de fome e saciedade). Não há um número de vezes determinado para mastigar a comida, até porque isso varia muito de acordo com o alimento e a forma de preparo. Os mecanismos biológicos que regulam nosso apetite são complexos, dependem de vários estímulos e levam certo tempo até sinalizarem que já comemos o suficiente.

- Perceber os sinais de fome e saciedade é muito importante para o processo de regulação do comer. Convide o usuário a investigar e perceber os sinais de fome física, por exemplo estômago roncando, aumento gradativo com o passar do tempo, fraqueza, dor no estômago, dor de cabeça, dificuldade de concentração, irritação, entre outros.
- Fale que refeições feitas em horários semelhantes todos os dias, com intervalos regulares entre as refeições e consumidas com atenção e sem pressa, conseqüentemente contribuem para que se coma o suficiente, evitando naturalmente o consumo excessivo.
- Uma salada ou uma sopa ou caldo antes do prato principal é outra maneira de conceder ao organismo o tempo necessário para que os alimentos sejam mais bem aproveitados e para que não se coma mais que o necessário.
- É importante evitar ficar faminto, pois a intensidade dos sinais físicos nessa situação dificulta escolher o que comer e perceber quando já está saciado.
- Estimule que, na alimentação habitual, o usuário dê preferência a restaurantes de comida por quilo ao invés de restaurantes *fast-food*. Além de oferecerem pouca ou nenhuma opção de alimentos *in natura* ou minimamente processados, restaurantes *fast-food* são em geral muito barulhentos e pouco confortáveis, induzindo os clientes a comerem muito rapidamente e, comumente, em quantidade excessiva.
- Convide o usuário a refletir sobre o espaço e a importância que a alimentação tem na sua vida, reavaliando como ele tem usado o tempo e considerando quais outras atividades poderiam ceder espaço para a alimentação.

## ORIENTAÇÕES ADICIONAIS

- Alerta o usuário que as “**dietas da moda**” (dietas e sucos detox, dietas sem glúten e lactose, dieta hipoprotéica, entre outras), que prometem redução de peso rápida são baseadas em padrões alimentares não usuais. Seu sucesso é atribuído especialmente à

motivação inicial das pessoas pelo contato com algo novo. Entretanto, a adesão à dieta é temporária, sendo frequentemente abandonada em poucas semanas, uma vez que as mudanças propostas não condizem com os hábitos alimentares do indivíduo. Podem, ainda, causar deficiências nutricionais e potenciais riscos à saúde, se conduzidas por um longo período.

- Explique ao usuário que para a promoção da saúde e o tratamento da obesidade a **adoção gradual e duradoura de hábitos alimentares adequados e saudáveis**, compatíveis com o seu cotidiano, é a melhor escolha. Uma alimentação saudável compreende as inúmeras possibilidades de combinações entre os alimentos e suas formas de preparo, as características do modo de comer e as dimensões sociais e culturais das práticas alimentares.
- Sugira ao usuário evitar cortes de carnes com maior quantidade de gordura, mas se forem consumidos devem preferencialmente ser **assados ou grelhados**, enquanto cortes com menos gordura podem ser **cozidos ou ensopados**. Raízes e tubérculos também devem ser preferencialmente cozidos ou assados, pois, quando fritos, absorvem grande quantidade de óleo ou gordura.
- Esclareça que **grande parte das informações sobre alimentação na internet, televisão e outras mídias**, mesmo em programas famosos, **não é de boa qualidade** e tem o objetivo de aumentar a venda de produtos, e não informar a população.
- Oriente indivíduos **em situação de vulnerabilidade** com dificuldades para aquisição de alimentos, que procurem auxílio da assistência social ou outros pontos de apoio no território para o enfrentamento do quadro de insegurança alimentar e nutricional. Lembre-se que as pessoas nessa situação também precisam ser orientadas em relação à alimentação, pois o baixo preço de alimentos ultraprocessados acaba fazendo com se tornem uma opção muito frequente. Boas escolhas alimentares podem ser realizadas com os mesmos custos, ou menores, que alimentação baseada em alimentos ultraprocessados.
- Se for condizente com a realidade do usuário, lembre que alimentos in natura ou minimamente processados orgânicos e de base agroecológica são particularmente mais saborosos, além de protegerem o meio ambiente e a saúde. Esses alimentos são mais acessíveis quando comprados diretamente do produtor ou em feiras livres.
- Alerta que as formas de produção, distribuição, comercialização e consumo de alimentos ultraprocessados afetam de modo desfavorável à cultura, a vida social e o meio ambiente, pois desvalorizam os hábitos alimentares tradicionais de uma região, alteram a forma como as pessoas comem e interagem entre elas no momento da refeição e são decorrentes de **um sistema alimentar não sustentável**, com base na pouca diversidade de alimentos, além da **produção excessiva de lixo com embalagens**.



## VALORIZAÇÃO DA PRÁTICA ALIMENTAR

**Valorize os pontos positivos identificados na alimentação do usuário, mesmo que não estejam acompanhados de perda de peso.** Isso contribui para o fortalecimento, estimula a continuidade da prática alimentar adequada e pode fornecer outras informações importantes sobre alimentação saudável, desconhecidas do usuário. Para fazer a Valorização da Prática em cada etapa, tenha como base as informações contidas no item “**justificativa**” de cada recomendação.

Para mais informações sobre o Guia Alimentar para População Brasileira (2014), acesse o site do Ministério da Saúde.

([https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_alimentar\\_populacao\\_brasileira\\_2ed.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf))

Para acessar os outros Protocolos para diferentes fases da vida, que precederam a elaboração deste, acesse:

1. [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos\\_guia\\_alimentar\\_fasciculo1.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_guia_alimentar_fasciculo1.pdf)
2. [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos\\_guia\\_alimentar\\_fasciculo2.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_guia_alimentar_fasciculo2.pdf)

ARAÚJO, C. A. H.; GONÇALVES, V. S. S.; WAGNER, K. J. P. **Sobrepeso e obesidade em adultos**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica nº 38**. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica - Obesidade. Brasília: Ministério da Saúde; 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia Alimentar para a População Brasileira**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos. Portaria SCTIE/MS Nº 53, de 11 de novembro de 2020a. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Sobrepeso e Obesidade em Adultos. Disponível em: <[http://conitec.gov.br/images/Protocolos/20201113\\_PCDT\\_Sobrepeso\\_e\\_Obesidade\\_em\\_Adultos\\_29\\_10\\_2020\\_Final.pdf](http://conitec.gov.br/images/Protocolos/20201113_PCDT_Sobrepeso_e_Obesidade_em_Adultos_29_10_2020_Final.pdf)>. Acesso em: 16 fev. 2021.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério da Economia. **Pesquisa nacional de saúde: 2019**: atenção primária à saúde e informações antropométricas: Brasil / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2020b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Situação Alimentar e Nutricional no Brasil: excesso de peso e obesidade da população na Atenção Primária à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2020c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Fascículo 1 Protocolos de uso do guia alimentar para a população brasileira na orientação alimentar: bases teóricas e metodológicas e protocolo para a população adulta**. Universidade de São Paulo. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

CONGDON, P. Obesity and Urban Environments. **Int J Environ Res Public Health**, 16, n. 3, 2019.

NILSON, E. A. F.; ANDRADE, R. D. C. S.; DE BRITO, D. A.; DE OLIVEIRA, M. L. Custos atribuíveis à obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2018. **Rev Panam Salud Publica**, 44:e32, 2020.

PUHL, R. M.; HEUER, C. A. Obesity stigma: important considerations for public health. **Am J Public Health**, 100, n. 6, p. 1019-1028, 2010.

PUHL, R. M.; HIMMELSTEIN, M. S.; PEARL, R. L. Weight stigma as a psychosocial contributor to obesity. **Am Psychol**, 75, n. 2, p. 274-289, 2020.

ROHDE, K.; KELLER, M.; LA COUR POULSEN, L.; BLÜHER, M. et al. Genetics and epigenetics in obesity. **Metabolism**, 92, p. 37-50, 2019.

RUBINO, F.; PUHL, R. M.; CUMMINGS, D. E.; ECKEL, R. H. et al. Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. **Nat Med**, 26, n. 4, p. 485-497, 2020.

SUTIN, A. R.; STEPHAN, Y.; TERRACCIANO, A. Weight Discrimination and Risk of Mortality. **Psychol Sci**, 26, n. 11, p. 1803-1811, 2015.



VITTENGL, J. R. Mediation of the bidirectional relations between obesity and depression among women. **Psychiatry Res**, 264, p. 254-259, 2018.

WHITLOCK, G.; LEWINGTON, S.; SHERLIKER, P.; CLARKE, R. et al. Body-mass index and cause-specific mortality in 900 000 adults: collaborative analyses of 57 prospective studies. **Lancet**, 373, n. 9669, p. 1083-1096, 2009.

WHO. World Health Organization. Obesity and Overweight. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>>. Acesso em: 10 jun. 2021.

## ANEXO 4 – Versão Final do Protocolo

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

PROTOCOLO DE USO  
DO GUIA ALIMENTAR PARA  
A POPULAÇÃO BRASILEIRA

ORIENTAÇÃO ALIMENTAR  
DE PESSOAS ADULTAS COM **OBESIDADE**

**VOLUME 2**



Brasília - DF  
2022

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

VOLUME 2

Protocolo de Uso do Guia Alimentar para a População Brasileira  
Orientação alimentar de pessoas adultas com obesidade



Brasília - DF  
2022

2022 Ministério da Saúde. Universidade de Brasília.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: [bvsms.saude.gov.br](http://bvsms.saude.gov.br).

Tiragem: 1ª edição – 2022 – versão eletrônica

*Elaboração, distribuição e informações:*

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Atenção Primária à Saúde  
Departamento de Promoção da Saúde  
Esplanada dos Ministérios, bloco G, 7º andar  
CEP: 70058-900 – Brasília/DF  
Tel.: (61) 3315-9031  
Site: <https://aps.saude.gov.br>  
E-mail: [aps@saude.gov.br](mailto:aps@saude.gov.br)

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
Faculdade de Ciências da Saúde  
Departamento de Nutrição  
Campus Universitário Darcy Ribeiro, s/n - Asa Norte  
CEP: 70910-900 – Brasília/DF  
Tel.: (61)3107-1747  
Site: <http://www.fs.unb.br/extensao/nutricao>  
E-mail: [nut@unb.br](mailto:nut@unb.br)

*Editor-Geral:*

Raphael Câmara Medeiros Parente

*Revisão técnica:*

Gisele Ane Bortolini

*Supervisão geral:*

Juliana Rezende Melo da Silva

*Colaboração:*

Ariene Silva do Carmo  
Gabriella Carrilho Lins de Andrade  
Gisele Ane Bortolini  
Jéssica Pedrosa da Silva  
Thais Fonseca Veloso de Oliveira

*Elaboração técnica:*

Vivian Siqueira Santos Gonçalves

*Coordenação editorial:*

Júlio César de Carvalho e Silva

*Elaboração:*

Anna Beatriz de Oliveira Chaves  
Eliane Said Dutra  
Kênia Mara Baiocchi de Carvalho  
Laila Santos de Andrade  
Lorrany Santos Rodrigues  
Nathalia Marcolini Pelucio Pizato  
Natacha de Oliveira Hoepfner  
Patrícia Borges Botelho  
Verena Duarte de Moraes  
Vivian Siqueira Santos Gonçalves

*Projeto gráfico e diagramação:*

SCM

*Normalização:*

Daniel Pereira Rosa – Editora MS/CGDI

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde.

Orientação alimentar de pessoas adultas com obesidade [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Universidade de Brasília. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022.  
37 p. : il. – (Protocolos de uso do guia alimentar para a população brasileira ; v. 2)

Modo de acesso: World Wide Web: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/volume2\\_protocolos\\_alimentar\\_adultas\\_obesidade.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/volume2_protocolos_alimentar_adultas_obesidade.pdf)  
ISBN 978-65-5993-226-9

1. Guias Alimentares. 2. Diabetes Mellitus. 3. Obesidade. I. Universidade de Brasília. II. Título. III. Série.

CDU 612.3

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2022/0103

*Título para indexação:*

Nutritional counseling for adults with obesity

# SUMÁRIO

<b>PROTOCOLO DE USO DO GUIA ALIMENTAR PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA NA ORIENTAÇÃO ALIMENTAR DE PESSOAS ADULTAS COM OBESIDADE</b>	<b>4</b>
<b>COMO UTILIZAR O PROTOCOLO?</b>	<b>7</b>
<b>RECOMENDAÇÃO - ESTIMULE O CONSUMO DIÁRIO DE FEIJÃO</b>	<b>11</b>
<b>RECOMENDAÇÃO - ORIENTE QUE SE EVITE O CONSUMO DE BEBIDAS ADOÇADAS</b>	<b>14</b>
<b>RECOMENDAÇÃO - ORIENTE QUE SE EVITE O CONSUMO DE ALIMENTOS ULTRAPROCESSADOS</b>	<b>17</b>
<b>RECOMENDAÇÃO - ESTIMULE O CONSUMO DIÁRIO DE LEGUMES E VERDURAS</b>	<b>21</b>
<b>RECOMENDAÇÃO - ESTIMULE O CONSUMO DIÁRIO DE FRUTAS</b>	<b>24</b>
<b>RECOMENDAÇÃO - ESTIMULE QUE O USUÁRIO COMA EM AMBIENTES APROPRIADOS E COM ATENÇÃO</b>	<b>27</b>
<b>VALORIZAÇÃO DA PRÁTICA ALIMENTAR</b>	<b>32</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>33</b>

# PROTOCOLO DE USO DO GUIA ALIMENTAR PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA NA ORIENTAÇÃO ALIMENTAR DE PESSOAS ADULTAS COM OBESIDADE

Este é o segundo volume da série intitulada Protocolos de Uso do Guia Alimentar para a População Brasileira na orientação alimentar de pessoas adultas com obesidade, hipertensão arterial e diabetes *mellitus*. Ele é destinado ao cuidado de pessoas adultas com obesidade acompanhadas na Atenção Primária à Saúde (APS). Esta elaboração teve o objetivo principal de instrumentalizar os profissionais não nutricionistas da APS para a orientação alimentar individualizada, a partir da integração das recomendações presentes no Guia Alimentar às especificidades da obesidade na fase da vida adulta.

A obesidade é uma doença crônica e multifatorial, caracterizada pelo excesso de gordura corporal que leva ao comprometimento da saúde, aumentando o risco de morte prematura e outras Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), tais como doenças cardiovasculares, diabetes e alguns tipos de câncer (WHITLOCK *et al.*, 2009; WHO, 2021). O Ministério da Saúde recomenda que o diagnóstico de obesidade na APS seja realizado com base no Índice de Massa Corporal (IMC) (BRASIL, 2020a).

ANTES DE INICIAR QUALQUER AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA E CONVERSAR SOBRE O PESO PEÇA PERMISSÃO AO USUÁRIO.

Figura 1 – Diagnóstico de obesidade



Para avaliação de pessoas com obesidade é desejável ter equipamentos adequados, como balanças com capacidade de até 200kg.

## Como calcular o Índice de Massa Corporal (IMC)

$$\frac{\text{Peso (em quilos)}}{\text{Altura} \times \text{Altura (em metros)}}$$



**Baixo peso**  
IMC < 18,5 kg/m<sup>2</sup>



**Eutrofia**  
IMC ≥ 18,5 kg/m<sup>2</sup>  
e < 24,99 kg/m<sup>2</sup>



**Sobrepeso**  
IMC ≥ 25 kg/m<sup>2</sup>  
e < 29,99 kg/m<sup>2</sup>



**Obesidade**  
IMC ≥ 30 kg/m<sup>2</sup>

Fonte: elaboração própria.

Além do risco aumentado para complicações clínicas, pessoas com obesidade enfrentam estigma social, preconceito e discriminação por causa do peso, inclusive, em diversos espaços de convivência, incluindo ambientes de cuidado em saúde.

O estigma do peso se manifesta, por exemplo, por meio de estereótipos como: indivíduos com excesso de peso e obesidade são preguiçosos, malsucedidos, pouco inteligentes, sem autodisciplina, sem força de vontade e não seguem o tratamento para perda de peso (PUHL; HEUER, 2010).

Esse estigma e discriminação desencadeiam inúmeras consequências negativas para a saúde física e mental das pessoas e podem levar ao aumento da ingestão alimentar e ganho de peso excessivo, estando associado a piores resultados de perda de peso (PUHL; HIMMELSTEIN; PEARL, 2020; RUBINO *et al.*, 2020; SUTIN; STEPHAN; TERRACCIANO, 2015). Compreender que a regulação do peso corporal é complexa, envolvendo mais fatores que apenas a ingestão calórica e o gasto energético, e que fatores genéticos, ambientais, psicossociais e socioeconômicos contribuem de forma importante na gênese e no curso da obesidade, pode contribuir para reduzir o preconceito a pessoas com obesidade (RUBINO *et al.*, 2020; CONGDON, 2019; ROHDE *et al.*, 2019; VITTENGL, 2018).

Considerando os aspectos mencionados, o cuidado dos usuários com obesidade deve ser realizado por uma equipe multiprofissional na APS, e em casos mais graves, por equipes da atenção especializada, observando os critérios estabelecidos na linha de cuidado de cada município para encaminhamento. Quando não houver critérios municipais definidos para encaminhamento, recomenda-se utilizar os indicados pelo Ministério da Saúde: IMC  $\geq 35\text{kg/m}^2$  com comorbidades descompensadas ou IMC  $\geq 40\text{ kg/m}^2$ .

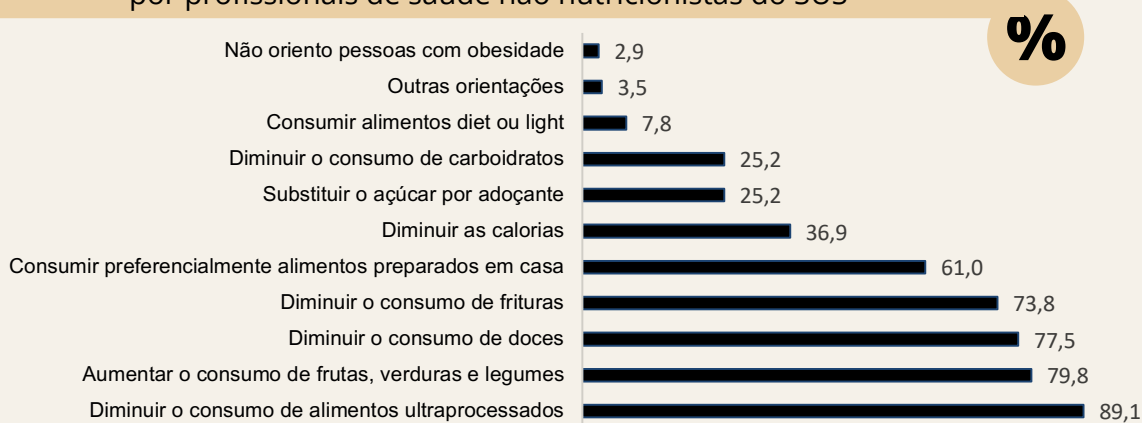
A orientação alimentar é fundamental no acompanhamento das pessoas com sobrepeso e obesidade e pode ser realizada por todos os profissionais da APS responsáveis pelo acompanhamento de seus usuários. A pedido do Ministério da Saúde, foram ouvidos entre os meses de março e maio de 2021, no âmbito da elaboração deste protocolo, 529 profissionais não nutricionistas que atuavam no SUS em diferentes regiões do país, acompanhando pessoas adultas com obesidade, hipertensão arterial e/ou diabetes *mellitus*, e quase todos declararam realizar orientações sobre alimentação durante seus atendimentos (99,4%). A maioria (89%) recomendava que as pessoas com obesidade diminuíssem o consumo de alimentos



ultraprocessados. Grande parte também orientava aumentar o consumo de frutas, verduras e legumes (79,8%) e consumir preferencialmente alimentos preparados em casa (61%). Essas práticas estão em consonância com os princípios orientadores do Guia Alimentar, que propõe que a base da alimentação seja composta por alimentos *in natura* ou minimamente processados, evitando-se o consumo de alimentos ultraprocessados.

Entretanto, observou-se que muitos profissionais realizaram recomendações que não estão alinhadas com as diretrizes mais atuais como a diminuição do consumo de carboidratos (25%), a substituição do açúcar por adoçante (25%) e de alimentos tradicionais por alimentos diet ou light (7,8%). O gráfico a seguir apresenta o conteúdo das orientações alimentares investigadas (Figura 2).

**Figura 2** – Orientações alimentares para pessoas com obesidade realizadas por profissionais de saúde não nutricionistas do SUS



Fonte: elaboração própria.

Assim, este protocolo visa colaborar com as práticas desses profissionais, buscando alinhar suas orientações às atuais recomendações do Guia Alimentar, estimulando a adoção de mensagens rápidas, efetivas e de fácil entendimento pela população acompanhada na APS.

## COMO UTILIZAR O PROTOCOLO?

1

Peça permissão ao usuário para conversar sobre a alimentação dele e em caso afirmativo preencha o formulário Marcadores de Consumo Alimentar para Uso na APS.

Estratégia e-SUS Atenção Primária.  
Em busca de  
um SUS eletrônico

Contato | Atualizar de sistema

Um sistema gratuito e do SUS!



A utilização do formulário deve seguir as recomendações padronizadas pelo Ministério da Saúde, disponíveis na página da estratégia e-SUS (<https://aps.saude.gov.br/ape/esus/documentos/nt>). O registro correto também colabora com a implementação da Vigilância Alimentar e Nutricional no território (Figura 3).

SAÚDE e-SUS  
ATENÇÃO PRIMÁRIA

CNS DO PROFISSIONAL\*

CNS OU CPF DO CIDADÃO:  
Cidadão\*

Utilize linguagem simples e clara ao realizar as perguntas e tente não manifestar julgamentos, tanto por meio de palavras quanto por expressões corporais. Esteja atento também às expressões que o usuário demonstra no momento da pergunta, e caso identifique que alguma questão não foi compreendida, esclareça.

Após o preenchimento e a identificação dos marcadores alimentares saudáveis e não saudáveis, siga para o fluxograma (Figura 4).

3

Quando identificar uma prática alimentar adequada, valorize e incentive a preservação dela. As justificativas apresentadas nas recomendações podem ser utilizadas para a valorização do hábito alimentar do usuário.

2

A valorização de uma prática alimentar adequada **independe de variações no peso**, ou seja, valorize a prática alimentar mesmo que o usuário tenha ganhado ou não perdido peso entre uma consulta e outra.

4

Realize as orientações alimentares propostas pelo fluxograma. **Não há um número de orientações alimentares estabelecidas para cada consulta.** As orientações podem ser feitas gradativamente ao longo de mais de uma consulta, e pode ser que uma mesma orientação precise ser trabalhada em mais de uma consulta. O profissional tem autonomia para, em conjunto com o usuário, decidir o que será abordado e priorizado. Compartilhe com o usuário o que foi observado na alimentação dele e pergunte por qual aspecto ele prefere começar. Esta pode ser uma boa maneira de trabalhar as mudanças necessárias.

Tente reconhecer o estigma do peso que pode se manifestar inconscientemente no momento de realizar as orientações alimentares, e caso identifique, repense a forma de atender e orientar pessoas com obesidade. Do mesmo modo, tente perceber se a pessoa sofre estigma na sua vida social e, em caso positivo, faça uma escuta acolhedora e atenta de maneira que esse sofrimento possa se configurar como elemento a ser trabalhado.

EVITE SE REFERIR AO USUÁRIO  
COMO OBESO, **PREFIRA A EXPRESSÃO**  
**PESSOA COM OBESIDADE.**

Ao longo das consultas vá avançando nas etapas da orientação alimentar.

5

**Conheça sobre a disponibilidade de alimentos no território em que atua.** Esse conhecimento será de grande importância no momento de construir estratégias em parceria com o usuário para superar os obstáculos envolvidos no processo de mudança das escolhas alimentares.

Esteja atento para identificar **indivíduos que se encontram em situação de vulnerabilidade com dificuldades para aquisição de alimentos.** A seguir são indicadas algumas possibilidades para auxiliar nessas condições:

- Oriente que procurem auxílio da assistência social, no Centro de Referência de Assistência Social (Cras). No Cras, esses indivíduos são orientados sobre os benefícios assistenciais ofertados e podem ser inscritos no Cadastro Único para programas sociais.
- Pontos de apoio no território para o enfrentamento do quadro de insegurança alimentar e nutricional – restaurantes populares, cozinhas comunitárias, bancos de alimentos, central de abastecimento municipal, entre outros – também são outras possibilidades.
- **Lembre-se** que as pessoas em situação de vulnerabilidade também precisam ser orientadas em relação à alimentação, pois o baixo preço de alguns alimentos ultraprocessados, além de ser uma opção frequente pode ser a única alternativa para esses usuários. . Boas escolhas alimentares podem ser realizadas com os mesmos custos, ou menores, do que a alimentação baseada em alimentos ultraprocessados.

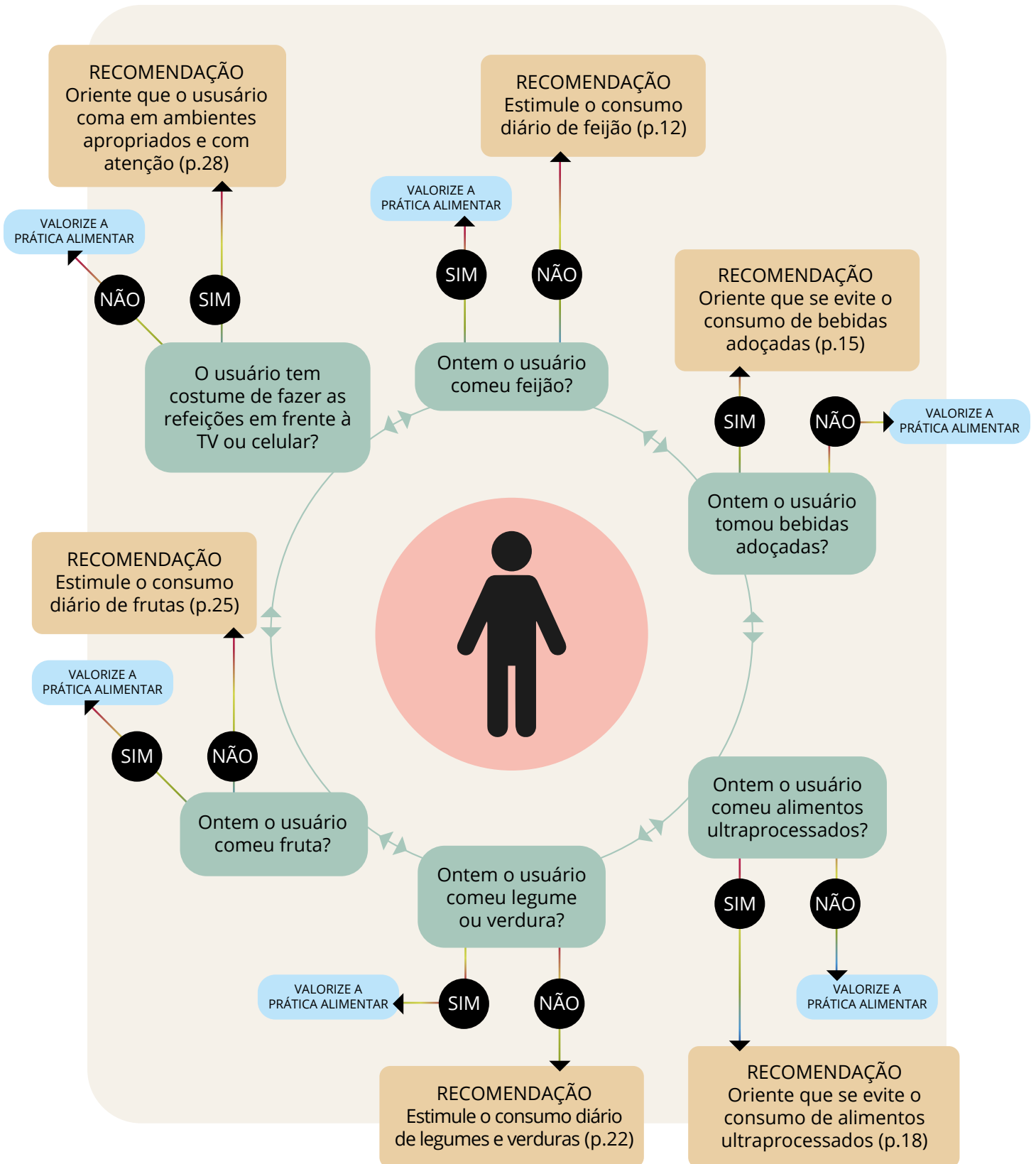
Para mais informações, consulte o documento “Insegurança Alimentar na Atenção Primária à Saúde: Manual de Identificação dos Domicílios e Organização da Rede. Na identificação de domicílios em insegurança alimentar”. Link de acesso: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/instrutivo\\_inseguranca\\_alimentar\\_aps.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/instrutivo_inseguranca_alimentar_aps.pdf)

**Figura 3 – Formulário dos Marcadores de Consumo Alimentar**

CRANÇAS COM 2 ANOS OU MAIS, ADOLESCENTES, ADULTOS, GESTANTES E IDOSOS	Você tem costume de realizar refeições assistindo à TV, mexendo no computador e/ou celular?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
	Quais refeições você faz ao longo do dia? <input type="checkbox"/> Café da manhã <input type="checkbox"/> Lanche da manhã <input type="checkbox"/> Almoço <input type="checkbox"/> Lanche da tarde <input type="checkbox"/> Jantar <input type="checkbox"/> Ceia	
	Ontem, você consumiu:	
	Feijão	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
	Frutas frescas (não considerar suco de frutas)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
	Verduras e/ou legumes (não considerar batata, mandioca, aipim, macaxeira, cará e inhame)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
	Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
	Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de côco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
	Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe	

Fonte: marcadores de consumo alimentar. Disponível em: [http://sisaps.saude.gov.br/sisvan/public/file/ficha\\_marcadores\\_alimentar.pdf](http://sisaps.saude.gov.br/sisvan/public/file/ficha_marcadores_alimentar.pdf)

**Figura 4** – Fluxograma direcional de conduta para orientação alimentar da pessoa adulta com obesidade, a partir dos Marcadores de Consumo Alimentar



Fonte: elaboração própria.

# RECOMENDAÇÃO: ESTIMULE O CONSUMO DIÁRIO DE FEIJÃO

**ORIENTAÇÃO:** Estimule o consumo diário de alimentos do grupo dos feijões – feijões, lentilha, ervilha e grão de bico –, preferencialmente no almoço e no jantar.

## VARIAÇÕES E SUGESTÕES DE PREPARAÇÕES:

- Estimule o consumo de variedades de feijão (preto, carioca, branco, de corda, fradinho, fava etc.) ou a substituição por outro alimento do mesmo grupo, como lentilha, ervilha ou grão de bico – o que também pode ser uma opção para aqueles que não gostam de feijão.
- Além da combinação com o arroz, o feijão pode ser consumido com farinha de mandioca – como no caso do tutu ou do feijão tropeiro –, no acarajé, no baião de dois e também em sopas e saladas.

## JUSTIFICATIVA:

Arroz e feijão é o prato típico do brasileiro. O consumo dessa combinação tem alto poder de saciedade e promove bem-estar por ser uma preparação completa, saborosa e cultural. Os feijões, assim como os demais alimentos do grupo, contribuem para atingir o aporte de proteínas, fibras e diversas vitaminas e minerais, como o ferro. A combinação do arroz com feijão, apreciada e consumida por grande parte da nossa população, é bastante acessível e possui um excelente perfil de nutrientes. Ao contrário do que o senso comum aponta, a combinação arroz e feijão faz parte de padrões alimentares associados à menor ocorrência de obesidade e doenças crônicas não transmissíveis, além de não prejudicar o processo de perda de peso.

## POSSÍVEIS OBSTÁCULOS E ESTRATÉGIAS PARA SUPERÁ-LOS:

Pergunte ao usuário qual ou quais obstáculos ele acredita que encontrará para comer feijão na alimentação diária (preferencialmente almoço e jantar). Em seguida, pergunte de qual forma ele imagina ser possível lidar com esses obstáculos. De acordo com as respostas e as demandas do usuário, peça permissão para compartilhar informações e dar sugestões, construindo estratégias em parceria. A seguir são indicadas algumas formas mais frequentes para lidar com possíveis obstáculos.

Maneiras de aperfeiçoar o preparo:

- Para **reduzir o tempo de cozimento e facilitar a digestão dos grãos**, oriente que o usuário deixe os grãos de molho, em água potável, antes de cozinhar (de 6 a 12 horas) e troque a água uma vez nesse período. A água deve ser descartada e uma nova adicionada para o cozimento. Explique que esse procedimento possibilita a redução de substâncias que dificultam a digestão do feijão – o que reduz a formação de gases –, a assimilação de algumas vitaminas e minerais e diminui o tempo de cozimento, gerando economia de gás ou luz, além de deixar o feijão mais macio e com caldo mais grosso.
- Se for possível, indique a utilização da panela de pressão para reduzir o tempo de cozimento e aponte os cuidados necessários para o uso seguro.
- No caso do grão de bico, lembre que não é necessário retirar a casca – que, inclusive, é bastante nutritiva –, porém, caso a pessoa relate dificuldades na digestão, é possível e rápido fazer essa retirada. Depois de cozidos, deve colocá-los de molho em água quente por aproximadamente 10 minutos e quando a água esfriar, esfregá-los entre as palmas das mãos para que a casca saia mais facilmente.
- Oriente o congelamento do feijão em porções para ser consumido ao longo dos dias da semana de forma prática.
- **Lentilha e ervilha** podem funcionar como opções de substituição que não necessitam deixar de molho ou do uso de panela de pressão, diminuindo o tempo e facilitando o preparo. Esses alimentos, assim como o feijão, podem ser congelados em porções.
- Atenção para a quantidade de óleo e sal, uso de temperos industrializados, carnes salgadas e embutidos – como linguiça, carne de sol e toucinho –, utilizados na preparação do feijão. **Estimule o uso de temperos naturais** – por exemplo, cheiro-verde, alho, cebola, manjeriço, pimenta-do-reino, cominho, louro, hortelã, jambu, orégano, coentro, alecrim, pimentão, tomate e tomilho – para dar mais sabor às preparações e reduzir o uso excessivo de sal. Em casos de preparo habitual do feijão com temperos industrializados, carnes gordurosas ou embutidos, oriente a redução gradualmente dessa prática. Adicionar legumes e verduras no feijão também pode tornar a preparação mais saborosa e nutritiva.

- Algumas pessoas relatam não ter habilidade para o preparo do feijão. Nesse caso, comente – e isso vale para homens e mulheres – que o preparo, embora possa ser um pouco demorado, é muito simples. E ainda que, se feito em grande quantidade e armazenado adequadamente, pode poupar tempo e ajudar a organizar as refeições da semana. Se possível, procure uma receita junto ao usuário ou estimule que ele busque em livros ou páginas na internet, ou mesmo que aprenda com quem já sabe, podendo ser da própria família ou até da sua comunidade, por exemplo, os vizinhos. Nessa busca, aconselhe o usuário a dar preferência por receitas que levem temperos naturais e não requeiram adição de carnes gordurosas ou embutidos no feijão.
- Com a finalidade de perder peso e a partir da **crença de que o consumo de arroz e feijão contribui para o aumento do peso**, algumas pessoas **substituem o almoço e/ou o jantar típicos do brasileiro por lanches**. Pergunte ao usuário se ele tem o hábito de realizar essas substituições com essa finalidade. Em caso afirmativo, compartilhe a informação de que **essa prática, na verdade, não auxilia no emagrecimento** e geralmente reduz a qualidade da alimentação. Além disso, o hábito de jantar permite melhor aproveitamento dos alimentos que sobraram do almoço, evitando desperdícios. Por fim, **reforce a importância de que combinação arroz com feijão oferece melhoria à saúde**.

**FORA DE CASA**, restaurantes que servem refeições preparadas na hora, como “quilos”, buffet ou “pratos feitos” são boas opções para o consumo de feijão. Valorize refeitórios institucionais – em locais de trabalho e instituições de ensino – que servem comida fresca, restaurantes populares e cozinhas comunitárias. Para algumas pessoas, levar comida feita em casa – “marmita” – para o local de trabalho ou estudo pode ser outra boa opção.



# RECOMENDAÇÃO: ORIENTE QUE SE EVITE O CONSUMO DE BEBIDAS ADOÇADAS

**ORIENTAÇÃO:** Oriente que as pessoas evitem o consumo de bebidas adoçadas, tais como refrigerante, suco e água de coco de caixinha, suco em pó, refrescos, bebidas achocolatadas, chá mate industrializado e xaropes de guaraná ou groselha – também chamadas de bebidas ultraprocessadas.

## SUGESTÕES DE ALTERNATIVAS SAUDÁVEIS:

- Incentive ao longo do dia o consumo de água pura ou, como preferido por algumas pessoas, “temperada”, conhecida também como água aromatizada – podendo ter rodela de limão, casca de abacaxi, frutas, gengibre ou folhas de hortelã, entre outras possibilidades de acordo com a preferência do usuário.

- Chás naturais – quentes ou gelados – e café podem ser consumidos, preferencialmente sem a adição de açúcar ou com o mínimo possível.

- Os sucos naturais feitos a partir da fruta não fornecem os mesmos benefícios e nutrientes que o consumo da fruta inteira. Os sucos apresentam menor poder de saciedade e menor teor de fibras – perdidas durante seu preparo. Além disso, eles são muito mais calóricos que as frutas *in natura*, pois concentram apenas a sua fração líquida, rica em açúcares naturais. Se mesmo após esses esclarecimentos a opção do usuário for pelo suco, recomende que seja consumido sem adição de qualquer tipo de açúcar ou com o mínimo possível e que seja diluído em uma fração de água – refresco. Alerta para o fato de que eles não devem ser consumidos em substituição à água potável – fonte correta e segura de hidratação.

## JUSTIFICATIVA:

O sabor acentuado – favorecido pelo excesso de açúcar, aromatizantes, corantes e outros aditivos – e a praticidade das bebidas adoçadas contribuem para o consumo. Tais produtos geralmente são comercializados em embalagens maiores do que as de tamanho regular, por um preço ligeiramente superior, o que favorece o consumo involuntário de calorias. O nosso organismo possui maior dificuldade em identificar a saciedade em relação às calorias advindas

de bebidas, o que favorece maior ingestão energética. Explique que o consumo desses produtos não é recomendado, pois interfere na ingestão de água, contribui para o aparecimento de cáries, para o ganho de peso em excesso e aumenta o risco de doenças crônicas, como doenças cardiovasculares e diabetes *mellitus*.

### **POSSÍVEIS OBSTÁCULOS E ESTRATÉGIAS PARA SUPERÁ-LOS:**

Pergunte ao usuário qual ou quais obstáculos ele acredita que encontrará para evitar ou reduzir o consumo de bebidas adoçadas. Em seguida, pergunte de qual forma ele imagina ser possível lidar com esses obstáculos. De acordo com as respostas e as demandas do usuário, peça permissão para compartilhar informações e dar sugestões, construindo estratégias em parceria. A seguir são indicadas algumas formas mais frequentes para lidar com possíveis obstáculos.

Para usuários que não têm o **hábito de consumir água**, existem algumas maneiras de incentivar o consumo ao longo do dia:

- Oriente que o usuário leve garrafas de água na bolsa quando sair de casa, garantindo acesso à água potável durante o dia, além de economizar na compra de outras bebidas.
- Em casa ou no trabalho, mantenha sempre próxima uma garrafa de água.
- Para algumas pessoas, o uso de aplicativos de celular ou despertador pode ser uma estratégia para lembrar sobre a ingestão de água.

Para aqueles que **consomem muitas bebidas adoçadas**, uma redução gradual é provavelmente mais factível e efetiva do que a interrupção abrupta. Para auxiliar na redução do consumo de refrigerantes, por exemplo, uma sugestão é adicionar uma fruta espremida, como limão ou laranja, à água natural com gás. Outra opção é **reduzir gradualmente a adição de açúcar em bebidas** como chás, cafés e sucos naturais, permitindo que o paladar do indivíduo se acostume pouco a pouco a menores quantidades de açúcar, até que seja possível a não adição. Recomende também a substituição por água ou água “temperada”.

- **As bebidas adoçadas artificialmente, independente de suas diferentes denominações – zero, light ou diet, são produtos ultraprocessados**, repletos de aditivos e adoçantes artificiais e, em geral, ausentes de vitaminas, minerais, fibras e outras substâncias benéficas à saúde. Alerta que, ao contrário do que diz o senso, tais

produtos **não são alternativas saudáveis**. Além disso, não previnem o ganho de peso, não ajudam na perda de peso a longo prazo, estimulam a preferência pelo sabor doce e aumenta o risco de danos metabólicos e cardiovasculares.

**Atenção para a adição de adoçante de mesa** em bebidas preparadas, como leite, café, chás ou sucos. Adoçantes artificiais são produtos ultraprocessados e **não há evidências do benefício da substituição de açúcar por adoçante para a perda de peso**. O uso de adoçantes, naturais – o sorbitol, o manitol, a estévia e a frutose, por exemplo – ou artificiais – a sacarina, o ciclamato, o aspartame, a sucralose e o acessulfame-K, por exemplo –, deve ser evitado, pois pode contribuir para o desenvolvimento de intolerância à glicose e alterar a microbiota intestinal, podendo ser utilizado em alguns casos com indicação clínica e a partir de uma prescrição dietética individual.

# RECOMENDAÇÃO: ORIENTE QUE SE EVITE O CONSUMO DE ALIMENTOS ULTRAPROCESSADOS

**ORIENTAÇÃO:** Esclareça que hambúrguer, embutidos – linguiças, salsicha, presunto, mortadela, salames –, macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote, biscoitos e bolachas salgadas ou recheados, guloseimas – balas, pirulitos, chiclete – e doces industrializados são alimentos ultraprocessados e devem ser evitados.

## SUGESTÕES DE ALTERNATIVAS SAUDÁVEIS:

**Valorize as três principais refeições do dia** - café da manhã, almoço e jantar. No **almoço** e no **jantar**, oriente que o usuário **consuma comida caseira**, como arroz e feijão, macarrão, carnes, ovos, verduras, legumes, mandioca/macaxeira/aipim, batatas e tortas caseiras, entre outros.

- Caso o usuário sinta fome entre as refeições principais, oriente que se realize **pequenas refeições**. Para essas refeições sugira o consumo de leite ou iogurte natural (sem adição de açúcar ou sabor artificial), acompanhado de frutas frescas, castanhas, amendoim ou nozes, cuscuz, tapioca, pamonha, mandioca, batata-doce, inhame, banana-da-terra, mingau de aveia, por exemplo.
- Oriente **evitar comprar e ter produtos ultraprocessados ao alcance da mão**, seja em casa, seja no ambiente de trabalho ou estudo. Boas opções para ter ao alcance das mãos são frutas frescas, castanhas ou nozes.
- Estimule que o usuário priorize frutas inteiras como sobremesa ou, em menor frequência, **sobremesas caseiras**, como bolos, tortas caseiras e compotas, ao invés de doces ou guloseimas industrializadas. Se possível, procure uma receita ou estimule que ele busque em livros ou páginas na internet receitas que não necessitem ou usem pouco açúcar na preparação. Esse é mais um momento em que é possível exercitar o autocuidado e estimular o preparo de uma receita culinária e que pode envolver demais membros da família!

## JUSTIFICATIVA:

Os alimentos ultraprocessados são nutricionalmente desbalanceados, ricos em gorduras, açúcares e sódio e muito pobres em fibras, vitaminas e minerais. São formulações industriais caracterizadas pela presença de substâncias alimentares de nenhum ou raro uso culinário e por pouca ou nenhuma quantidade de alimentos in natura ou minimamente processados em sua composição. Por meio de diferentes fatores esses alimentos afetam negativamente a regulação da fome e da saciedade, induzindo ao consumo excessivo. A elevada quantidade de calorias por grama, comum à maioria dos alimentos ultraprocessados, é um dos principais fatores que levam a prejuízos no balanço de energia e favorecem o ganho de peso excessivo. O consumo de alimentos ultraprocessados pode contribuir com o aparecimento de várias doenças crônicas não transmissíveis, tais como diabetes, dislipidemia, doenças cardiovasculares e câncer. Evitar ou reduzir o consumo desses alimentos favorece a redução do consumo energético por meio de melhorias qualitativas na dieta.

## POSSÍVEIS OBSTÁCULOS E ESTRATÉGIAS PARA SUPERÁ-LOS:

Pergunte ao usuário qual ou quais obstáculos ele acredita que encontrará para evitar ou reduzir o consumo de alimentos ultraprocessados. Em seguida, pergunte de qual forma ele imagina ser possível lidar com esses obstáculos. De acordo com as respostas e as demandas do usuário, peça permissão para compartilhar informações e dar sugestões, construindo estratégias em parceria. A seguir são indicadas algumas formas mais frequentes para lidar com possíveis obstáculos.

- Explique ao usuário que a redução calórica será baseada, principalmente, em melhorias qualitativas na alimentação. Evitar ou reduzir o consumo de alimentos ultraprocessados, dando preferência por alimentos *in natura* e minimamente processados aumenta a qualidade da alimentação.
- **Auxilie o usuário a identificar um alimento ultraprocessado.** Oriente a leitura da **lista de ingredientes** presente nos rótulos dos alimentos. Informe que a presença de ingredientes com nomes pouco familiares e não usados em casa nas preparações culinárias – amido modificado, carboximetilcelulose, açúcar invertido, maltodextrina, frutose, xarope de milho, óleos hidrogenados ou interesterificados, aromatizantes, realçadores de sabor, emulsificantes, espessantes, adoçantes, entre outros – indicam que o produto é ultraprocessado e que, portanto, deve ser evitado. Muitos desses ingredientes são fontes importantes de açúcares e gorduras manipulados industrialmente, estando associados ao ganho excessivo de peso e prejuízo no processo de emagrecimento.

- Atenção especial deve ser dada ao consumo de alimentos ultraprocessados, como hambúrguer, embutidos e macarrão instantâneo que, muitas vezes, podem ser confundidos com versões menos processadas. Esses alimentos também são frequentemente substitutos das refeições principais, prejudicando o consumo de refeições completas capazes de colaborar com o aporte adequado de nutrientes e calorias. Lembre que é possível fazer preparações similares em casa, onde a escolha dos ingredientes na receita e a forma de preparo eleita pode contribuir para um consumo saudável, como hambúrguer caseiro tradicional ou de grãos e macarrão alho e óleo, com legumes e vegetais ou com molho de tomate.
- Converse sobre a **publicidade dos alimentos ultraprocessados** e o quanto ela pode confundir o consumidor enquanto cumpre sua função, que é essencialmente promover a venda dos produtos. Por exemplo, **alerte que alimentos ultraprocessados integrais – como biscoito ou pão integral empacotado –, com mensagens de benefício à saúde – rico em fibras, “fit” ou modificados – versões light ou diet –, não são melhores que os outros alimentos ultraprocessados e por isso devem também ser evitados.** Frequentemente, por exemplo, o conteúdo de gordura de um produto light ou diet é reduzido à custa do aumento no conteúdo de açúcar ou vice-versa. Outro exemplo é a adição de fibras ou micronutrientes sintéticos aos produtos, sem a garantia de que o nutriente adicionado reproduz no organismo a função do nutriente naturalmente presente nos alimentos. Lembre ainda que os alimentos mais saudáveis não se promovem pelos benefícios que trazem à saúde porque não possuem embalagens e tampouco muitos de seus produtores têm condições para fazerem propaganda.
- A grande maioria dos alimentos ultraprocessados é consumida, ao longo do dia, substituindo alimentos como frutas, leite e água ou, nas refeições principais, no lugar de preparações culinárias. Dessa forma, alimentos ultraprocessados tendem a limitar o consumo de alimentos *in natura* ou minimamente processados, o que reduz a qualidade da alimentação e pode causar danos à saúde. **A substituição de alimentos ultraprocessados por alimentos *in natura* ou minimamente processados é capaz de reduzir substancialmente a ingestão de calorias da alimentação, cessando o ganho excessivo de peso e colaborando com o processo de emagrecimento.**
- Nas consultas, **valorize o tempo dedicado aos atos de comer e de cozinhar**, fale sobre culinária e estimule as pessoas – de todas as idades e gêneros – a procurar desenvolvê-los e partilhá-los com as pessoas. Se possível, procure uma receita junto ao usuário ou estimule que ele busque em livros ou páginas na internet, ou mesmo que aprenda com quem já sabe, podendo ser da própria família ou até da sua comunidade – por exemplo, os vizinhos.

- Auxilie o usuário a **planejar o tempo** destinado para a alimentação, como a compra, organização, preparo e consumo dos alimentos.
- Informe sobre a utilidade de manter preparações caseiras congeladas, como carne, feijão, molho de tomate, sopas e até mesmo porções de refeições individuais em marmitas que podem ser aquecidas diariamente.

### Sugestões:

- **Pensar em potenciais refeições** que serão preparadas ao longo da semana e com base nisso **elaborar uma lista de compras**. Os alimentos não perecíveis podem ser comprados com menos frequência – a cada 15 dias, por exemplo – e os alimentos frescos e perecíveis, uma ou duas vezes na semana. O planejamento das compras reduz as idas ao mercado e às feiras.
- **Organizar a ida ao mercado**. Ir ao mercado com fome nos torna mais vulneráveis à grande exposição de alimentos, principalmente de alimentos ultraprocessados. Realizar as compras de alimentos nos momentos em que estamos saciados favorece a aquisição de alimentos com base no planejamento.
- **Tenha sempre disponíveis alimentos que possam ser utilizados para preparar rapidamente uma refeição**, como por exemplo macarrão, ovos. O tempo de preparo de um prato de macarrão com molho de tomate, legumes ou alho e óleo é de apenas cinco minutos a mais do tempo gasto para preparar um macarrão instantâneo.

**FORA DE CASA**, aconselhe o usuário a dar preferência a restaurantes que sirvam refeições preparadas na hora, como “quilos”, *buffet* ou “pratos feitos”; e evitar lanchonetes ou redes de comida *fast-food* na alimentação habitual. Valorize refeitórios institucionais – em locais de trabalho e instituições de ensino – que servem comida fresca, restaurantes populares e cozinhas comunitárias. Para algumas pessoas, levar comida feita em casa – “marmita” – para o local de trabalho ou estudo pode ser outra boa opção. Em relação aos pequenos lanches, sugira que as pessoas façam um planejamento prévio e que carreguem alimentos *in natura* ou minimamente processados que sejam práticos para transportar e consumir, tais como frutas, castanhas e nozes.

# RECOMENDAÇÃO: ESTIMULE O CONSUMO DIÁRIO DE LEGUMES E VERDURAS

**ORIENTAÇÃO:** Estimule o consumo diário de legumes e verduras no almoço e no jantar – acompanhando, por exemplo, a combinação arroz e feijão.

## VARIAÇÕES E SUGESTÕES DE PREPARAÇÕES:

- Relembre que existe uma diversidade imensa de legumes e verduras no país: abóbora ou jerimum, abobrinha, acelga, agrião, alface, almeirão, berinjela, beterraba, brócolis, catalonha, cebola, cenoura, chicória, chuchu, couve, espinafre, gueroba, jiló, jurubeba, maxixe, mostarda, ora-pro-nóbis, pepino, pimentão, quiabo, repolho, tomate, entre outros. Valorize os legumes e verduras da sua região.
- Informe ao usuário que mandioca, macaxeira e aipim; batatas, batata-baroa, mandioquinha; cará e inhame pertencem ao grupo de raízes e tubérculos e não ao grupo dos legumes.
- Explique que os legumes e as verduras podem ser consumidos e incorporados à alimentação de diversas maneiras: em saladas cruas, em preparações quentes – cozidos, refogados, assados, gratinados, empanados, ensopados –, em sopas e, em alguns casos, recheados ou na forma de purês.
- Também é possível incluir verduras e legumes em preparações culinárias, como omelete com legumes, arroz com legumes, feijão, bolinho de espinafre, recheio de tortas, molhos de macarrão e farofas.
- Estimule também o uso de cebola, alho, pimenta, coentro e outros temperos naturais para temperar e realçar o sabor das preparações. O uso do limão em saladas pode ajudar a reduzir a necessidade de adição de sal.
- Não existe uma regra sobre o que deve ser consumido primeiro nas refeições, porém iniciar o almoço e o jantar por legumes ou verduras favorece o controle da saciedade e



evita que se coma maior quantidade de outros alimentos, que, em geral, apresentam maior densidade energética.

### **JUSTIFICATIVA:**

Legumes e verduras são excelentes fontes de vitaminas, minerais, fibras, compostos com propriedades antioxidantes e possuem uma quantidade baixa de calorias. Conferem proteção contra obesidade e outras doenças crônicas não transmissíveis associadas, como o diabetes e doenças do coração. A presença de vários antioxidantes contribui na proteção de alguns tipos de câncer. Além disso, as fibras presentes nesses alimentos contribuem para a saciedade e auxiliam o funcionamento saudável do intestino, ajudando a evitar constipação. A inclusão desse grupo de alimentos nas preparações culinárias torna as refeições diárias mais atraentes e menos monótonas. Verduras e legumes devem ser consumidos diariamente e são grandes aliados no processo de perda e manutenção de peso saudável.

### **POSSÍVEIS OBSTÁCULOS E ESTRATÉGIAS PARA SUPERÁ-LOS:**

Pergunte ao usuário qual ou quais obstáculos ele acredita que encontrará para comer legumes e verduras diariamente no almoço e no jantar. Em seguida, pergunte de qual forma ele imagina ser possível lidar com esses obstáculos. De acordo com as respostas e as demandas do usuário, peça permissão para compartilhar informações e dar sugestões, construindo estratégias em parceria. A seguir, são indicadas algumas formas mais frequentes para lidar com possíveis obstáculos.

- **Para economizar** na compra desses alimentos, oriente que os indivíduos optem por **legumes e verduras da época**, pois esses sempre terão menor preço e quantidade de agrotóxicos, além de **maior qualidade e mais sabor**.
- Comprar esses alimentos em locais onde há menos intermediários entre o agricultor e o consumidor final, **como feiras, sacolões ou varejões**, também pode **reduzir custos**. Nesse sentido, recorde que nos horários finais das feiras livres – conhecido como “xepa” – há liquidação do que não foi vendido, podendo ser uma opção para pessoas com menor poder aquisitivo. Sempre que **possível** compre diretamente dos produtores, seja em feiras ou por meio de grupos coletivos de compras. Nesse último caso, **variedades orgânicas** podem tornar-se bastante acessíveis. Oriente, se for possível para o usuário, evitar fazer compras em locais que só vendam alimentos ultraprocessados.

- **Para economizar tempo**, explique que legumes e verduras podem ser higienizados com antecedência para serem armazenados no refrigerador ou já porcionados no congelador, facilitando o uso ao longo da semana. Além disso, preparações como omeletes e arroz com legumes são rápidas e podem ser uma boa opção em dias em que a disponibilidade de tempo é menor.
- Incentive o uso generoso de temperos naturais – como cheiro-verde, alho, cebola, manjeriço, pimenta do reino, cominho, louro, hortelã, jambu, orégano, coentro, alecrim, pimentão, tomate, tomilho, por exemplo – **para realçar o sabor das preparações e reduzir o uso excessivo de sal.**
- Sugira o cultivo de uma **horta em casa** – plantada nos quintais, em vasos pendurados em muros ou apoiados em lajes ou sacadas. Dependendo do espaço, além de temperos naturais, tomates, couve, alface e cenoura podem ser ótimas opções. O cultivo desses alimentos além de contribuir para o bem-estar e autocuidado, estimula o consumo.
- Para aqueles que referem **não ter o hábito ou não gostar** desses alimentos, estimule a diversificação das formas de preparo, a aprendizagem de novas receitas e o resgate de hábitos e receitas familiares tradicionais para o preparo de legumes e verduras. O livro “Na cozinha com as frutas, legumes e verduras” disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cozinha\\_frutas\\_legumes\\_verduras.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cozinha_frutas_legumes_verduras.pdf) é uma opção na busca por receitas práticas e saborosas, assim como por outros conhecimentos que podem contribuir com o desenvolvimento de habilidades culinárias.

# RECOMENDAÇÃO: ESTIMULE O CONSUMO DIÁRIO DE FRUTAS

**ORIENTAÇÃO:** Estimule o consumo diário de frutas.

## VARIAÇÕES E SUGESTÕES

- Relembre que existe grande variedade de frutas no país: abacate, abacaxi, abiu, açaí, acerola, ameixa, amora, araçá, araticum, atemoia, banana, bacuri, cacau, cagaita, cajá, caqui, carambola, ciriguela, cupuaçu, figo, fruta-pão, goiaba, graviola, figo, jabuticaba, jaca, jambo, jenipapo, laranja, limão, maçã, mamão, manga, maracujá, murici, pequi, pitanga, pitomba, romã, tamarindo, tangerina, uva, entre outras. Valorize as frutas da sua região e do quintal de casa.
- Explique que as frutas podem ser consumidas frescas no café da manhã, no almoço e no jantar – em saladas ou como sobremesas –, ou como pequenas refeições.
- Além de puras, as frutas podem ser adicionadas em salada de folhas, misturadas em salada de frutas, em massas de bolo, ou consumidas com iogurte natural, leite, aveia ou cremes. Em algumas regiões do Brasil são consumidas com peixe e farinha de mandioca – açaí –, com arroz e frango – pequi – ou como moqueca – banana.
- Frutas maduras podem ser congeladas e usadas posteriormente em preparações de vitaminas com leite, iogurte natural e aveia ou para fazer sorvetes naturais. O congelamento é uma alternativa para aumentar o consumo e o aproveitamento.

## JUSTIFICATIVA:

As frutas são excelentes fontes de fibras, vitaminas e minerais e de vários compostos – como antioxidantes – que contribuem para a prevenção de muitas doenças. Sucos naturais da fruta nem sempre proporcionam os mesmos benefícios e saciedade da fruta inteira, pois as fibras e nutrientes podem ser perdidos durante o preparo. As fibras presentes nesses alimentos contribuem para o funcionamento saudável do intestino, ajudando a evitar a constipação intestinal. Por isso, o ideal é consumi-las inteiras, tanto nas refeições principais quanto em pequenas refeições.

## POSSÍVEIS OBSTÁCULOS E ESTRATÉGIAS PARA SUPERÁ-LOS:

Pergunte ao usuário qual ou quais obstáculos ele acredita que encontrará para comer diariamente frutas. Em seguida, pergunte de qual forma ele imagina ser possível lidar com esses obstáculos. De acordo com as respostas e as demandas do usuário, peça permissão para compartilhar informações e dar sugestões, construindo estratégias em parceria. A seguir são indicadas algumas formas mais frequentes para lidar com possíveis obstáculos.

- **Para economizar na compra desses alimentos**, oriente aos indivíduos que optem pelas **frutas da época**, pois essas sempre terão menor preço e quantidade de agrotóxicos, além de **maior qualidade e mais sabor**.
- Comprar esses alimentos em locais onde há menos intermediários entre o agricultor e o consumidor final, como feiras, sacolões ou varejões, também pode **reduzir custos**. Nesse sentido, recorde que nos horários finais das feiras livres – conhecido como “xepa” – há liquidação do que não foi vendido, podendo ser uma opção para pessoas com menor poder aquisitivo. Sempre que possível compre diretamente dos produtores, seja em feiras, seja por meio de grupos coletivos de compras. Nesse último caso, **variedades orgânicas** podem se tornar bastante acessíveis. Desaconselhe fazer compras em locais que só vendem alimentos ultraprocessados.
- Para economizar tempo, explique que as frutas podem ser higienizadas com antecedência e armazenadas no refrigerador e em alguns casos até picadas, facilitando seu consumo ao longo da semana. As frutas picadas congeladas – como banana, manga, abacate, jaca mole –, se batidas no processador ou liquidificador, ficam na consistência de sorvete e podem ser ótimas opções para as pequenas refeições. Estimule a criatividade e a experimentação de diferentes combinações e sabores.
- Para aqueles que referem **não ter o hábito ou não gostar** de frutas, estimule o consumo da fruta de preferência, que o usuário experimente as combinações de frutas e se permita experimentar frutas desconhecidas. Outras opções para consumir frutas pode ser em combinação com castanhas, nozes, amêndoas, amendoins, aveia ou em outras receitas, como bolos, tortas e saladas.
- Atenção: as frutas consumidas em grandes quantidades podem aumentar substancialmente as calorias ingeridas durante o dia, portanto, oriente o usuário a variar o tipo de fruta e observar com atenção as quantidades ingeridas.

- As frutas também podem ser boas opções para aquelas pessoas que relatam **grande preferência pelo sabor doce**, podendo substituir alimentos ultraprocessados. Sugira aos usuários consumir frutas como banana, maçã, pera ou pêssegos de forma cozida ou assada com canela ou gengibre. Caldas preparadas a partir de frutas sem adição de açúcar também podem dar aquele charme a bolos e tortas!

**FORA DE CASA**, para pequenas refeições ou sobremesa das refeições principais, oriente que o usuário planeje levar frutas práticas, fáceis de transportar e consumir, como banana, goiaba, mexerica, tangerina, bergamota e maçã. Se tiver onde refrigerar, uma opção é levar frutas já picadas. Por exigirem pouco ou nenhum preparo, são excelentes opções para o consumo fora de casa.

# RECOMENDAÇÃO: ESTIMULE QUE O USUÁRIO COMA EM AMBIENTES APROPRIADOS E COM ATENÇÃO

**ORIENTAÇÃO:** Estimule o usuário a alimentar-se com regularidade e atenção, sem se envolver em outras atividades, como assistir televisão, mexer no celular ou computador, comer à mesa de trabalho, em pé ou andando, ou dentro de carros ou transportes públicos. Estimule também, que o usuário faça as refeições sempre que possível em companhia com a família ou amigos.

## JUSTIFICATIVA:

Compartilhar o comer e as atividades envolvidas nesse ato é um modo simples e profundo de criar e desenvolver relações entre pessoas. Comer é parte natural da vida social. A companhia de familiares ou amigos na hora da refeição contribui para comer com regularidade e atenção e proporciona mais prazer com a alimentação. Refeições feitas em companhia favorecem comer com tranquilidade e em ambientes mais adequados, pois é comum que refeições compartilhadas demandem mesas e utensílios apropriados. O ambiente onde comemos pode influenciar as nossas escolhas alimentares e por consequência a qualidade e a quantidade de alimentos que ingerimos, assim como o prazer que podemos ter com a alimentação. Locais limpos, tranquilos e agradáveis favorecem a presença e a consciência no ato de comer e proporciona tranquilidade – sem pressa – e apreciação às preparações culinárias.

## SUGESTÕES PARA MUDANÇA DE COMPORTAMENTO:

- Convide o usuário a refletir sobre o ato de comer como um momento de autocuidado e de prazer, onde é possível compartilhar as tarefas que precedem e sucedem o consumo das refeições, além de desfrutar da companhia de seus familiares, colegas ou amigos.
- Convide o usuário a apreciar e saborear a refeição. Usufruir de todo o prazer proporcionado pelos diferentes sabores e texturas dos alimentos e de suas preparações culinárias. Para isso, um ambiente tranquilo que permita que o comer receba toda a atenção que ele merece é essencial. Porém, fique atento para não orientar fora da realidade do usuário o deixando desconfortável, a exemplo de usuários que dividem a casa com muitos membros da família em espaços muito pequenos.

- Estimule o usuário a se organizar para realizar as refeições, de preferência, sentado à mesa, tanto em casa como fora.
- Converse sobre a importância de mastigar completamente para saborear e apreciar a refeição, assim como para uma boa digestão dos alimentos e percepção do corpo sobre a chegada dos alimentos (sinalização de fome e saciedade). Não há um número de vezes determinado para mastigar a comida, até porque isso varia muito de acordo com o alimento e a forma de preparo. Os mecanismos biológicos que regulam nosso apetite são complexos, dependem de vários estímulos e levam certo tempo até sinalizarem que já comemos o suficiente.
- Uma salada ou uma sopa ou caldo antes do prato principal é outra maneira de conceder ao organismo o tempo suficiente para que os alimentos sejam mais bem aproveitados e para que não se coma mais que o necessário.
- Fale que refeições feitas em horários parecidos e com intervalos regulares, na maioria dos dias, e consumidas com atenção e sem pressa favorecem a digestão dos alimentos e contribuem para que se coma o suficiente. Isso não significa recomendar ou estabelecer horários rígidos e exatos para as refeições de todas as pessoas. Resgatar e respeitar os sinais de fome podem contribuir com a regulação do comer de forma natural e em harmonia com as necessidades do corpo.
- **Valorize as três principais refeições do dia** - café da manhã, almoço e jantar. Caso o usuário sinta fome entre as principais refeições, sugira que realize pequenas refeições (lanches intermediários).
- Perceber os sinais de fome e saciedade é muito importante para o processo de regulação do comer. Convide o usuário a investigar e perceber os sinais de fome física, por exemplo estômago roncando, sensação de vazio, aumento gradativo da fome com o passar do tempo, fraqueza, dor no estômago, dor de cabeça, dificuldade de concentração, irritação, entre outros. A intensidade dos sinais físicos geralmente comunica o nível de fome. Comumente sinais como dor de estômago, dor de cabeça, dificuldade de concentração e irritabilidade sinalizam estado de fome extrema (faminto).
- É importante perceber os sinais físicos de fome antes do estado de fome extrema (faminto) e atendê-los sempre que possível. Em situação de fome extrema é natural

sentir dificuldade em identificar o que se quer comer, em comer sem pressa e em perceber quando está saciado.

- Estimule que, na alimentação habitual, o usuário dê preferência a restaurantes que servem refeições preparadas na hora, tais como “quilos”, “buffets” e “pratos feitos” ao invés de restaurantes *fast-food*. Além de oferecerem pouca ou nenhuma opção de alimentos *in natura* ou minimamente processados, restaurantes *fast-food* são em geral muito barulhentos e pouco confortáveis, induzindo os clientes a comerem muito rapidamente e, comumente, em quantidade excessiva. Nos restaurantes de comida por quilo, recomende atenção ao tamanho do prato, que muitas vezes pode ser maior que o habitual para incentivar a colocação de mais alimento. Caso haja um local tranquilo para comer, levar “marmita” pode ser outra boa opção.
- Convide o usuário a refletir sobre o espaço e a importância que a alimentação tem na sua vida, reavaliando como ele tem usado o tempo e considerando quais outras atividades poderiam ceder espaço para a alimentação.

#### **ORIENTAÇÕES ADICIONAIS:**

- Alerta o usuário que as **dietas da moda** – dietas e sucos detox, dietas sem glúten e lactose, dieta hipoproteica, jejum intermitente, entre outras –, que prometem redução de peso rápida são baseadas em padrões alimentares não usuais. Seu sucesso é atribuído especialmente à motivação inicial das pessoas pelo contato com algo novo. Entretanto, a adesão à dieta é temporária, sendo frequentemente abandonada em poucas semanas, uma vez que as mudanças propostas não condizem com os hábitos alimentares do indivíduo. Dessa forma, tem-se dificuldade para manutenção da perda de peso e, muitas vezes, ocorre um ganho ainda maior do que o peso inicial. Podem, ainda, causar deficiências nutricionais e potenciais riscos à saúde, se conduzidas por um longo período. O mesmo vale para os desafios de perda de peso, frequentes na internet.
- Informe ao usuário que o consumo de bebida alcoólica favorece o ganho de peso, entre outros aspectos negativos à saúde, e por isso deve ser evitado.
- Explique ao usuário que para a promoção da saúde e o tratamento da obesidade a **adoção gradual e sustentável de hábitos alimentares adequados e saudáveis**, compatíveis com o seu cotidiano, é a melhor escolha. Uma alimentação saudável compreende as inúmeras possibilidades de combinações entre os alimentos e suas formas de preparo, as características do modo de comer e as dimensões sociais e culturais das práticas alimentares.



- Sugira ao usuário a dar preferência a cortes de carne com menor quantidade de gordura – patinho, maminha, músculo, lagarto, filé-mignon, coxão duro e coxão mole –, que podem ser cozidos ou ensopados. Desaconselhe cortes de carnes com maior quantidade de gordura – acém, alcatra, capa do contrafilé, cupim, picanha, fraldinha, costela, ponta de peito e carne seca –, mas se forem consumidos devem preferencialmente ser **assados ou grelhados**. Raízes e tubérculos também devem ser preferencialmente cozidos ou assados, pois, quando fritos, absorvem grande quantidade de óleo ou gordura. Oriente que óleos e gorduras sejam utilizados em pequenas quantidades ao temperar e cozinhar alimentos e criar preparações culinárias.
- Informe que os ovos de galinha são alimentos *in natura*, relativamente **baratos** e possuem **alto valor nutricional**. São extremamente versáteis, podendo ser consumidos cozidos, mexidos ou como omeletes e suflês e de várias outras preparações culinárias, combinando muito bem com legumes e verduras. É uma excelente opção para ser consumido no **café da manhã, almoço ou jantar, sendo considerados bons substitutos para as carnes vermelhas**.
- Explique que os queijos, apesar de serem ricos em proteínas, vitamina A e cálcio, possuem conteúdo elevado de gorduras saturadas, alta densidade de energia e alta concentração de sódio. O consumo excessivo desses alimentos está associado a doenças do coração, obesidade e outras doenças crônicas. Por isso, devem ser consumidos em pequenas quantidades, preferencialmente como ingredientes de preparações culinárias ou como acompanhamento de refeições baseadas em alimentos *in natura* ou minimamente processados. No caso do seu consumo, cabe lembrar o usuário da importância de consultar o rótulo desses produtos para dar preferência, quando possível, àqueles com menor teor de sal, assim como para consultar a lista de ingredientes. Queijos que têm em sua composição ingredientes com nomes pouco familiares e não usados em casa nas preparações culinárias sinalizam que esse é ultraprocessado e que, portanto, deve ser evitado. O cheddar é um dos exemplos de queijo ultraprocessado.
- Esclareça que **grande parte das informações sobre alimentação na internet, televisão e outras mídias**, mesmo em programas famosos, **não é de boa qualidade** e tem o objetivo de aumentar a venda de produtos, e não informar a população.
- Se for condizente com a realidade do usuário, lembre que alimentos *in natura* ou minimamente processados, orgânicos e de base agroecológica são particularmente mais saborosos, além de proteger o meio ambiente e a saúde. Converse também sobre

a possibilidade de cultivo de alguns alimentos e temperos em casa que demandem pouco espaço.

- Informe ao usuário que a plantação de hortas comunitárias é uma excelente iniciativa para reduzir os custos dos alimentos, tornar mais acessíveis alimentos orgânicos e promover a integração entre os moradores do bairro. As hortas comunitárias podem ser construídas em espaços públicos da comunidade ou em condomínios.
- Alerta que as formas de produção, distribuição, comercialização e consumo de alimentos ultraprocessados afetam de modo desfavorável a cultura, a vida social e o meio ambiente, pois desvalorizam os hábitos alimentares tradicionais de uma região, alteram a forma como as pessoas comem e interagem entre elas no momento da refeição e são decorrentes de **um sistema alimentar não sustentável**, com base na pouca diversidade de alimentos, além da **produção excessiva de lixo com embalagens**.

# VALORIZAÇÃO DA PRÁTICA ALIMENTAR

**Valorize os pontos positivos identificados na alimentação do usuário, mesmo que não estejam acompanhados de perda de peso.** Isso contribui para o fortalecimento, estimula a continuidade da prática alimentar adequada e pode fornecer outras informações importantes sobre alimentação saudável, desconhecidas do usuário. Para fazer a *Valorização da Prática* em cada etapa, tenha como base as informações contidas no item **justificativa** de cada recomendação.

Para mais informações sobre o *Guia Alimentar para População Brasileira* (2014), acesse o site do Ministério da Saúde. Sempre que tiver oportunidade, indique a leitura – e/ou da versão resumida – aos usuários e famílias que você está corresponsável pelo cuidado.

Disponível em:

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_alimentar\\_populacao\\_brasileira\\_2ed.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf)  
e <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guiadebolso2018.pdf>.

GUIA ALIMENTAR  
PARA A POPULAÇÃO  
BRASILEIRA

Para acessar os outros protocolos para diferentes fases da vida, que precederam a elaboração deste, acesse:

Fascículo 1 – Protocolos de Uso do Guia Alimentar para a População Brasileira na Orientação Alimentar: bases teóricas e metodológicas e protocolo para a população adulta. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos\\_guia\\_alimentar\\_fasciculo1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_guia_alimentar_fasciculo1.pdf).

Fascículo 2 – Protocolos de Uso do Guia Alimentar para a População Brasileira na Orientação Alimentar da População Idosa. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos\\_guia\\_alimentar\\_fasciculo2.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_guia_alimentar_fasciculo2.pdf)

# REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos. **Portaria SCTIE/MS Nº 53, de 11 de novembro de 2020**. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Sobrepeso e Obesidade em Adultos. Brasil, 2020a. Disponível em: [http://conitec.gov.br/images/Protocolos/20201113\\_PCDT\\_Sobrepeso\\_e\\_Obesidade\\_em\\_Adultos\\_29\\_10\\_2020\\_Final.pdf](http://conitec.gov.br/images/Protocolos/20201113_PCDT_Sobrepeso_e_Obesidade_em_Adultos_29_10_2020_Final.pdf). Acesso em: 16 fev. 2021.

CONGDON, P. Obesity and Urban Environments. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v. 16, n. 3, 2019.

PUHL, R. M.; HEUER, C. A. Obesity stigma: important considerations for public health. **Am. J. Public Health**, v. 100, n. 6, p. 1019-1028, 2010.

PUHL, R. M.; HIMMELSTEIN, M. S.; PEARL, R. L. Weight stigma as a psychosocial contributor to obesity. **Am. Psychol.**, v. 75, n. 2, p. 274-289, 2020.

ROHDE, K. *et al.* Genetics and epigenetics in obesity. **Metabolism**, v. 92, p. 37-50, 2019.

RUBINO, F. *et al.* Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. **Nat Med**, v. 26, n. 4, p. 485-497, 2020.

SUTIN, A. R.; STEPHAN, Y.; TERRACCIANO, A. Weight Discrimination and Risk of Mortality. **Psychol. Sci.**, v. 26, n. 11, p. 1803-1811, 2015.

VITTENGL, J. R. Mediation of the bidirectional relations between obesity and depression among women. **Psychiatry Res.**, n. 264, p. 254-259, 2018.

WHITLOCK, G. *et al.* Body-mass index and cause-specific mortality in 900 000 adults: collaborative analyses of 57 prospective studies. **Lancet**, v. 373, n. 9669, p. 1083-1096, 2009.

WORD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Obesity and Overweight. **Who.int**, 9 jun. 2021. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>. Acesso em: 10 jun. 2021.

Conte-nos o que pensa sobre esta publicação. [Clique aqui](#) e responda a pesquisa.

DISQUE  
SAÚDE **136**

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde  
[bvsmms.saude.gov.br](http://bvsmms.saude.gov.br)



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE

Governo  
Federal

## ANEXO 5 – Aceite do Comitê de Ética e Pesquisa

UNB - FACULDADE DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA  
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Protocolos de Uso do Guia Alimentar para a População Brasileira para orientação alimentar de pessoas adultas com obesidade, hipertensão arterial e diabetes mellitus

**Pesquisador:** Vivian Siqueira Santos Gonçalves

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 41310920.6.0000.0030

**Instituição Proponente:** Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília

**Patrocinador Principal:** ORGANIZACAO PAN-AMERICANA DA SAUDE/ORGANIZACAO MUNDIAL DA SAUDE - OPAS/OMS

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.567.135

#### Apresentação do Projeto:

Conforme documento "PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1679322.pdf":

"Resumo:

Introdução: A Atenção Primária à Saúde (APS) é um importante ponto de atenção na Rede de Atenção à Saúde para o acompanhamento das pessoas com doenças crônicas não transmissíveis como obesidade, hipertensão arterial (HAS) e diabetes mellitus (DM). Entretanto, em muitas localidades a orientação alimentar, importante para a prevenção e controle dessas doenças, ainda está centrada na figura do nutricionista que nem sempre compõe as equipes. O acompanhamento dos usuários costuma ser frequentemente realizado por médicos e enfermeiros, entre outros. Objetivo: Elaborar Protocolos de Uso do Guia Alimentar para a População Brasileira (GAPB) a serem empregados na orientação alimentar de pessoas com obesidade, HAS e DM por profissionais não nutricionistas na APS. Metodologia: Será conduzida investigação entre profissionais de saúde que trabalham na assistência às pessoas com obesidade, HAS e DM em relação às suas práticas no momento da orientação alimentar. Serão elaborados algoritmos com mensagens oriundas do GAPB e de outras tecnologias específicas relacionadas às doenças em questão, baseados no instrumento de Avaliação dos Marcadores de Consumo Alimentar desenvolvido pelo Ministério da Saúde. Os algoritmos e suas mensagens serão submetidos ao processo de Validação de Conteúdo, mediante

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com

Continuação do Parecer: 4.567.135

organizações representativas de classe profissional (Apêndice 1), objetivando a seleção por conveniência de pelo menos 100 profissionais não nutricionistas atuantes na atenção à saúde de pessoas adultas, em todas as macrorregiões brasileiras, visando investigar suas práticas vigentes na orientação alimentar de pessoas com obesidade, HAS e DM. Por meio dessa consulta será possível direcionar algumas recomendações dos protocolos para preencher lacunas de conhecimento sobre o paradigma do GAPB, assim como esclarecer alguns mitos e recomendações que não estão informadas pela melhor evidência científica disponível na atualidade. Aos profissionais será solicitada a concordância com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) eletrônico como pré-requisito para o preenchimento do formulário.

Ao término dessas etapas, será elaborado relatório técnico e/ou um artigo científico contendo todo instrumental teórico necessário ao apoio e defesa das bases teóricas dos protocolos para apoiar a sua disseminação ao público em geral. Os materiais e recomendações incorporados deverão estar isentos de conflitos de interesse e em consonância com as recomendações vigentes do Ministério da Saúde. Nas etapas subsequentes, os três Protocolos de Uso serão desenvolvidos e validados em dois processos distintos. O primeiro, chamado validação de conteúdo e o segundo de validação aparente.

Todas as etapas previstas serão conduzidas no formato remoto com a utilização de ferramentas digitais para a sua execução, tendo em vista a atual situação epidemiológica relacionada à Pandemia de Covid-19. Nesse sentido, espera-se que o cronograma seja mantido.”

“Critérios de inclusão: Trata-se de um estudo de caráter metodológico, sem avaliação populacional, no entanto, serão incluídos, nas fases de execução do estudo, profissionais de saúde que prestam assistência às pessoas com obesidade, HAS e DM em qualquer ponto de atenção da RAS (investigação de práticas), pesquisadores ou expert na temática (validação de conteúdo) e profissionais que atuam na APS (validação aparente).”

“Critério de Exclusão: Serão excluídos profissionais aposentados e não atuantes que tiverem acesso aos formulários de investigação de práticas divulgados via internet e demais profissionais consultados que não completarem os formulários de investigação.”

**Objetivo da Pesquisa:**

Conforme documento "PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1679322.pdf":

“Objetivo Primário:

Elaborar Protocolos de Uso do GAPB a serem empregados na orientação alimentar de pessoas adultas com obesidade, HAS e DM por profissionais não nutricionistas.”

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com

Continuação do Parecer: 4.567.135

**“Objetivo Secundário:**

Investigar práticas usuais de orientação alimentar ofertadas por profissionais não nutricionistas em diferentes pontos de atenção da RAS;

Validar Protocolos de Uso do GAPB para a População Brasileira para orientação alimentar de pessoas com obesidade, HAS e DM;

Adaptar a linguagem profissional das mensagens dos protocolos elaborados, construindo material gráfico para apoio aos atendimentos destinado à população acompanhada na APS.”

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**“Riscos:**

Pela natureza da investigação, nenhum contato físico ou intervenção invasiva com os participantes será realizada, minimizando ao máximo possíveis riscos. O risco residual que poderá acontecer será a capacidade limitada de interpretação das questões abordadas pelos profissionais, gerando constrangimento e insatisfação pessoal. Para minimizar esse risco a equipe estará sempre de prontidão a responder dúvidas e realizar esclarecimentos adicionais.”

**“Benefícios:**

Em relação aos possíveis benefícios para a população e para os profissionais participantes, cita-se a importância da existência e disponibilidade de instrumentos relacionados à orientação alimentar que apoiem os profissionais no momento da consulta, capazes de melhorar a assistência ofertada na APS possibilitando maior segurança aos profissionais e maior esclarecimento aos usuários.”

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de projeto de pesquisa do Departamento de Nutrição da Universidade de Brasília, sob responsabilidade da Profa. Vivian Siqueira Santos Gonçalves. Conforme documentação apresentada, a pesquisa será executada por professores do Departamento, sem a participação de alunos.

Há previsão de 130 participantes de pesquisa.

Conforme cronogramas apresentados, a primeira etapa da pesquisa ocorrerá entre março e maio de 2021.

O orçamento informado, a ser custeado pela OPAS, é de R\$ 299.936,01 e abrange auxílio aos profissionais, aquisição de material permanente e de consumo, além de serviços de terceiros, como formatação e tradução do texto.

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro

**Bairro:** Asa Norte

**CEP:** 70.910-900

**UF:** DF

**Município:** BRASÍLIA

**Telefone:** (61)3107-1947

**E-mail:** cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 4.567.135

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Documentos acrescentados ao processo e analisados para emissão do presente parecer:

1. Informações Básicas do Projeto: "PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1679322.pdf", postado em 17/02/2021.
2. Carta de resposta às pendências apontadas no Parecer Consubstanciado No. 4.537.148: "CARTA\_DE\_RESPOSTAS.doc", postado em 17/02/2021.
3. Modelo de Termo de Cessão de Uso de Imagem e Som de Voz para fins científicos e acadêmicos: "TERMO\_DE\_CESSAO\_DE\_USO\_DE\_IMAGEM\_SOM\_DE\_VOZ.docx", postado em 17/02/2021 - não adequado.
4. Modelo de TCLE: "TCLE.doc", postado em 17/02/2021.
5. Projeto Detalhado: "PROJETO\_ajustado.docx", postado em 17/02/2021.
6. Modelo de Termo de Cessão de Uso de Imagem e Som de Voz para fins científicos e acadêmicos: "TERMO\_CESSAO\_IMAGEM\_VOZ\_26FEV2021.docx", adicionado ao processo por solicitação do CEP/FS ao pesquisador em 01/03/2021.

**Recomendações:**

Não se aplicam.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Análise das respostas às pendências apontadas no Parecer consubstanciado No. 4.537.148:

1. Solicita-se esclarecer se haverá algum tipo de gravação da reunião online que ocorrerá na etapa de "validação de conteúdo".

RESPOSTA: "Informa-se que haverá gravação da reunião online que ocorrerá na etapa de "validação de conteúdo". Foi acrescentado no projeto no item da metodologia, página 13 o seguinte trecho destacado em vermelho: "A reunião online realizada na etapa da validação de conteúdo será gravada mediante a assinatura de termo de Cessão de Uso de Imagem e/ou som de Voz dos participantes"."

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

- 1.1. Em caso positivo, solicita-se apresentar modelo de Termo de Cessão de Uso de Imagem e/ou Som de Voz para fins de pesquisa. Modelo do documento pode ser encontrado em '<http://fs.unb.br/documentosmodelos>'.

RESPOSTA: "O termo de Cessão de Uso de Imagem e/ou som de Voz foi anexado à Plataforma Brasil/CEP/FS mediante anexo, conforme o modelo disponibilizado na página '<http://fs.unb.br/documentosmodelos>'."

ANÁLISE: O documento "TERMO\_DE\_CESSAO\_DE\_USO\_DE\_IMAGEM\_SOM\_DE\_VOZ.docx", postado

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com

Continuação do Parecer: 4.567.135

em 17/02/2021, não está adequado, não devendo ser utilizado. O CEP/FS contactou o pesquisador via e-mail e solicitou a apresentação do documento adequado. Foi assim apresentado o documento "TERMO\_CESSAO\_IMAGEM\_VOZ\_26FEV2021.docx" que foi adicionado ao processo em 01/03/2021.  
PENDÊNCIA ATENDIDA

2. Solicita-se revisar a informação de riscos apresentada nos TCLEs, suprimindo a expressão "risco mínimo".

RESPOSTA: "A expressão "risco mínimo" foi suprimida dos três TCLEs. Os TCLEs modificados foram apresentados ao CEP/FS mediante anexo submetido à Plataforma Brasil."

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

3. Solicita-se o compromisso de que os questionários baseados no material elaborado os quais serão validados nas etapas subsequentes sejam apresentados via submissão de emenda ao CEP/FS.

RESPOSTA: "Assumimos o compromisso de apresentar, via submissão de emenda, ao CEP/FS os protocolos elaborados e utilizados nas etapas subsequentes para validação."

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

Todas as pendências foram atendidas.

Não há óbices éticos para a realização do presente protocolo de pesquisa.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Conforme Resolução CNS 466/2012, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d, e Resolução CNS 510/2016, Art. 28, inc. V, os pesquisadores responsáveis deverão apresentar relatórios parcial semestral e final do projeto de pesquisa, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	TERMO_CESSAO_IMAGEM_VOZ_26F EV2021.docx	01/03/2021 18:15:53	Marie Togashi	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1679322.pdf	17/02/2021 19:15:20		Aceito
Outros	CARTA_DE_RESPOSTAS.doc	17/02/2021 19:13:24	Vivian Siqueira Santos Gonçalves	Aceito

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com

UNB - FACULDADE DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA  
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 4.567.135

Outros	TERMO_DE_CESSAO_DE_USO_DE_I MAGEM_SOM_DE_VOZ.docx	17/02/2021 19:12:17	Vivian Siqueira Santos Gonçalves	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	17/02/2021 19:11:49	Vivian Siqueira Santos Gonçalves	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_ajustado.docx	17/02/2021 19:11:34	Vivian Siqueira Santos Gonçalves	Aceito
Outros	CARTA_DE_ENCAMINHAMENTO_DE_ PROJETO_AO_CEP.pdf	17/12/2020 21:04:05	Vivian Siqueira Santos Gonçalves	Aceito
Outros	CARTA_DE_ENCAMINHAMENTO_DE_ PROJETO_AO_CEP.docx	17/12/2020 21:03:24	Vivian Siqueira Santos Gonçalves	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DEMONSTRATIVO_INFRAESTRUTUR A.pdf	17/12/2020 21:02:25	Vivian Siqueira Santos Gonçalves	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DEMONSTRATIVO_INFRAESTRUTUR A.doc	17/12/2020 21:02:11	Vivian Siqueira Santos Gonçalves	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMO_DE_RESPONSABILIDADE_E_ COMPROMISSO_DO_PESQUISADOR.	17/12/2020 21:01:50	Vivian Siqueira Santos Gonçalves	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMO_DE_RESPONSABILIDADE_E_ COMPROMISSO_DO_PESQUISADOR.	17/12/2020 21:01:38	Vivian Siqueira Santos Gonçalves	Aceito
Outros	Apendice.docx	17/12/2020 21:00:06	Vivian Siqueira Santos Gonçalves	Aceito
Orçamento	PLANILHA_DE_ORCAMENTO.doc	14/12/2020 21:33:25	Vivian Siqueira Santos Gonçalves	Aceito
Outros	Cronograma.docx	14/12/2020 21:32:59	Vivian Siqueira Santos Gonçalves	Aceito
Outros	TERMO_DE_CONCORDANCIA_DA_IN STITUICAO_PROPONENTE.doc	14/12/2020 21:31:00	Vivian Siqueira Santos Gonçalves	Aceito
Declaração de concordância	TERMO_DE_CONCORDANCIA_DA_IN STITUICAO_PROPONENTE.pdf	14/12/2020 21:29:28	Vivian Siqueira Santos Gonçalves	Aceito
Outros	Curriculo_Patricia.pdf	14/12/2020 20:57:13	Vivian Siqueira Santos Gonçalves	Aceito
Outros	Curriculo_Eliane.pdf	14/12/2020 20:56:54	Vivian Siqueira Santos Gonçalves	Aceito
Outros	Curriculo_Kenia.pdf	14/12/2020 20:56:36	Vivian Siqueira Santos Gonçalves	Aceito
Outros	Curriculo_Nathalia.pdf	14/12/2020 20:56:17	Vivian Siqueira Santos Gonçalves	Aceito
Outros	Curriculo_Vivian.pdf	14/12/2020 20:55:53	Vivian Siqueira Santos Gonçalves	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	14/12/2020 20:39:46	Vivian Siqueira Santos Gonçalves	Aceito

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com

UNB - FACULDADE DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA  
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 4.567.135

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BRASILIA, 01 de Março de 2021

---

**Assinado por:**  
**Marie Togashi**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com

Página 08 de 08