

VB, 40 anos, sexo feminino, natural e procedente de Ribeirão Preto, SP, casada, assistente administrativa.

Condições socioeconômicas: Reside com esposo em casa alugada com saneamento e energia elétrica. Refere possuir geladeira, fogão, micro-ondas e televisão.

Hipótese diagnóstica: Paciente encaminhada para o serviço de nutrição (ambulatorial) para tratamento dietoterápico devido ao diagnóstico recente de **hipertensão arterial, pré-diabetes e dislipidemia mista secundária à obesidade.**

Antecedentes pessoais: Nega quaisquer problemas de saúde.

Antecedentes familiares: Mãe obesa, diabética e dislipidêmica; pai hipertenso, faleceu aos 50 anos de infarto (*sic*).

Medicação: Maleato de enalapril, 20 mg pela manhã e 20 mg à tarde; hidroclorotiazida 25 mg pela manhã.

Ingestão hídrica: 1,5 litros de água /dia.

Hábito urinário: 6 vezes ao dia, urina clara e inodora.

Hábito intestinal: 1 vez a cada dois dias, fezes formadas.

História de alteração de peso: refere ter excesso de peso desde a infância. Nunca havia apresentado problemas associados à condição. Refere ter percebido aumento do apetite e/ou ingestão alimentar acompanhados por ganho de peso nos últimos 6 meses, mas não sabe relatar quanto.

Atividade física: Não realiza

Tabagismo: Nega

Etilismo: Nega.

Exame físico:

Pressão arterial = 152/100 mmHg. Apresenta hiperpigmentação e espessamento da pele na região do pescoço e axilas. Ausência de xantomas, xantelasmas e arco coronariano. Sem demais alterações.

Exames laboratoriais:

Colesterol total = 230 mg/dL; HDL-colesterol = 26 mg/mL; triglicérides = 300 mg/dL; glicemia de jejum = 112 mg/dL; Hemoglobina glicosilada = 6,3%.

Antropometria:

Estatura = 1,57 m; peso = 94 kg; IMC = 38,1 kg/m²; circunferência abdominal = 105 cm.

Estratificação de risco global: paciente estratificado como de **alto risco**.

Recordatório habitual:

Café da Manhã (7h): 1 copo de 200 mL de leite integral com 2 colheres de sobremesa de achocolatado, 6 bolachas de água e sal

Colação (10h): 6 bolachas de água e sal e 1 copo americano (150 mL) de café com açúcar

Almoço (13h): 2 escumadeiras de arroz, 1/2 concha de feijão, 1 escumadeira de carne de panela ou 2 pedaços de frango com pele ou 2 ovos fritos, salada (2 folhas de alface e meio tomate) e 1 copo 200 mL de refrigerante.

Lanche da tarde (16h): 1 copo de 200 mL de leite integral com 1 colher de sopa de achocolatado, 1 pão francês com 1 colher de chá de manteiga, 1 fatia de muçarela e 1 fatia de presunto

Jantar (19h): igual ao almoço

Ceia (22h): 6 bolachas recheadas de chocolate ou chocolate Bis

Frequência alimentar:

Pães: 1x dia

Biscoito salgado: 2xdia

Carnes: 2x dia

Leite/derivados: 2x dia

Ovos: 2x semana

Frutas: 3x semana

Verdura: 2x dia

Legumes: 1x semana

Doces: 1x dia

Refrigerante: 7x semana

Arroz: 2x dia

Feijão: 2x dia

Embutidos: 1-2 x dia

Frituras: 3x semana

Disponibilidade alimentar:

Sal: 500 g/mês

Açúcar: 3 kg/mês

Óleo: soja 1,5 garrafas (1350 mL/mês), azeite 500 mL

Sobre este caso-clínico:

1. Qual é o diagnóstico do estado nutricional e do consumo alimentar desta paciente?

RESPOSTA: Obesidade grau II (IMC > 35 kg/m²; OMS), tipo androide ou visceral/abdominal (circunferência abdominal >88 cm) — risco cardiometabólico muito alto.

Fracionamento da dieta adequado. Consumo alimentar hipercalórico (2817 kcal/dia) e desequilibrado, com consumo excessivo de gorduras (37%), principalmente saturadas (12% VCT) em detrimento de poli (8% VCT) e monoinsaturadas (12% VCT), e consumo excessivo de açúcares simples. Ingestão proteica adequada (0,86 g/kg de peso). Ingestão hídrica e consumo de alimentos *in natura* fontes de fibras e micronutrientes insuficientes. Consumo excessivo de sal de adição (1,7 vezes maior do que o adequado).

2. Quais são os objetivos da terapia nutricional?

RESPOSTA: De acordo com os diagnósticos clínico e nutricional da paciente e as metas de tratamento para a **estratificação de risco global alto**, os objetivos da terapia nutricional são:

- Inicialmente, propiciar a perda ponderal de 5 a 10 % do peso atual.

Posteriormente, manutenção do peso perdido ou possibilitar a progressão da perda ponderal e evitar o reganho.

- Propiciar a redução das concentrações de LDL-colesterol ou Colesterol não-HDL em > 50% do valor inicial, idealmente a valores de referência LDL-colesterol < 70 mg/dL ou Colesterol não-HDL < 100 mg/dL, HDL- colesterol > 40 mg/dL e triglicérides < 150 mg/dL e a normalização dos níveis glicêmicos e pressóricos.

- Promover a adoção de novos hábitos por meio da educação alimentar.

3. Calcule as necessidades nutricionais e elabore a prescrição dietoterápica para esta paciente, considerando seu estado nutricional, os objetivos da terapia nutricional e as recomendações propostas pelas Diretrizes apropriadas.

RESPOSTA: A prescrição nutricional para a paciente deve se adequar a sua realidade, devendo ser saudável e sustentável.

Deve-se preconizar o consumo de alimentos *in natura* ou minimamente processados e evitar o consumo de alimentos com adição de sal, açúcar, óleos, gorduras ou outros ingredientes ou alimentos ultraprocessados, conforme já estabelecido no Guia Alimentar para a População Brasileira. Os alimentos *in natura* ou minimamente processados também são a base da dieta DASH (*Dietary Approaches to Stop Hypertension*), que contribui para a redução da pressão arterial. Dessa forma, deve-se adequar as necessidades e recomendações de ingestão do paciente, enfatizando o consumo de frutas, hortaliças e laticínios com baixo teor de gordura; incluir a ingestão de cereais integrais, frango, peixe e frutas oleaginosas; preconizar a redução da ingestão de carne vermelha, doces e bebidas com açúcar. O padrão dietético DASH por si só é rico em potássio, cálcio, magnésio e fibras, e contém quantidades reduzidas de colesterol, gordura total e saturada. Contudo, deve-se ajustar as recomendações de ingestão para o alcance das metas terapêuticas do paciente.

Recomendações:

- Ingestão energética: deve propiciar a perda ponderal entre 5 e 10% em 6 meses.

Cálculo do gasto energético:

Método prático (20 – 25 kcal/kg de peso atual): 1880 – 2350 kcal/dia

DRIs:

EER adaptado para eutrófico, sobrepeso e obeso = $387 - (7,31 \times 40 \text{ anos}) + 1$ (FA sedentário) $\times (10,9 \times 94 \text{ kg}) + (660,7 \times 1,57 \text{ m}) = 387 - 282,4 + 1 \times 1024,6 + 1033,3 =$
2156,5 kcal/dia

EER Obesos = $448 - (7,95 \times 40 \text{ anos}) + 1$ (FA sedentário) $\times (11,4 \times 94 \text{ kg}) + (619 \times 1,57 \text{ m}) = 448 - 318 + 1 \times 1071,6 + 971,83 =$ **2173,4 kcal/dia**

Harris & Benedict:

(peso atual quando $\text{IMC} < 40 \text{ kg/m}^2$ e peso ideal ou ajustável quando $\text{IMC} > 40 \text{ kg/m}^2$)

$\text{TMB} = 655 + (9,6 \times 94) + (1,7 \times 157) - (4,7 \times 40) = 655 + 902,4 + 266,9 - 188 = 1636,3$
kcal dia

$\text{VCT} = 1636,3 \text{ kcal dia} \times \text{Fator atividade} (1,11) = 1816,3 \text{ kcal/dia}$

Redução energética:

500 - 1000 kcal /dia, para possibilitar perda de 10% do peso corporal em 6 meses.

EER adaptado para eutrófico, sobrepeso e obeso = 1156 a 1656,5 kcal/dia

EER Obesos = 11173 a 1673 kcal/dia

Método prático já considera a restrição = 1880 – 2350 kcal/dia

Harris & Benedict = 1816,3 kcal/dia

- Distribuição dos Macronutrientes [vou considerar o valor calórico total (VCT) igual a 1800 kcal/dia, mas não precisa ser necessariamente esse valor]

- **Ingestão de carboidratos:** 55% do VCT, pois a paciente apresenta triglicérides elevados (200 – 499 mg/dL), logo, 990 kcal ou 247,5 g/dia, dando preferência aos complexos.

Máximo de 5-10% do VCT de carboidratos simples/açúcar de adição, entre 90-180 ou 22,5-45 g (lembrando que 1 colher de sopa de açúcar equivale a 24g).

- **Ingestão de proteínas:** 15% do VCT, logo 270 kcal ou 67,50 g/dia (VCT 2500 kcal/dia). Priorizar o consumo de laticínios desnatados e carnes magras. Evitar o consumo de frios, embutidos e carnes em conserva. Orientar quando ao modo de preparo, retirada da pele das aves e gorduras aparentes das carnes.

*Atentar para o consumo de peixes de fonte de EPA e DHA, como sardinha, atum e salmão pelo menos 2 x por semana. **Incluir o consumo de alimentos fonte de proteína de soja.

- **Ingestão de gorduras:** entre 30% do VCT

Sendo,

Saturadas < 5%, ou 90 kcal ou 10g/dia

MUFA: 15% (devido à hipercolesterolemia), 270 kcal ou 30 g/dia

PUFA: 10% (diferença entre SAT + MUFA – GORDURAS TOTAIS), 180 kcal ou 20 g/dia)

- **Ingestão de fibras:** 25 g/dia, sendo pelo menos 6 g solúveis (aveia e leguminosas).

- **Ingestão de sódio:** 2 g ou 5 g de cloreto de sódio /dia (normossódica)

Atentar para a baixa ingestão hídrica do paciente (1,5 L/dia) e reforçar o aumento do consumo de água em detrimento de refrigerantes.

Abordagens nutricionais adicionais

- Pode-se substituir o consumo de margarina pelo uso de creme vegetal com fitoesteróis (2 colheres de sopa/dia = 20 g, contendo 64 kcal provenientes de 7 g de gorduras, das quais apenas 1,8 g são saturadas) – ação sobre as concentrações plasmáticas de colesterol.

- Substituir as bolachas recheadas da ceia por chocolate amargo com > de 70% de cacau – ação sobre a pressão arterial.

Conduta:

Dieta geral, hipocalórica, normossódica, individualizada para a paciente, que atenda as recomendações para o alcance das metas terapêuticas (descritas acima). Deve ser composta preferencialmente por alimentos *in natura* e minimamente processados, rica em carboidratos complexos, proteínas e laticínios magro e alimentos fonte de gorduras poli e monoinsaturadas e fibras. Ressalta-se o aumento da ingestão hídrica e a diminuição do uso de açúcar e sal de adição.