



**CENTRO UNIVERSITÁRIO FASIFE - UNIFASIFE**

**CURSO DE NUTRIÇÃO**

**SAMARA PAULA DA COSTA**

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO SUPERVISIONADO EM NUTRIÇÃO SOCIAL II**

**Sinop/MT**

**2025**

**CENTRO UNIVERSITÁRIO FASIPE - UNIFASIPE**

**CURSO DE NUTRIÇÃO**

**SAMARA PAULA DA COSTA**

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO SUPERVISIONADO DO CURSO DE  
GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO: NUTRIÇÃO SOCIAL II**

Relatório do Estágio Supervisionado Obrigatório que apresenta à coordenação do curso de Nutrição da Universidade UNIFASIPE de Sinop/MT, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Nutrição.

**Acadêmica:** Samara Paula da Costa  
**Supervisores:** Marcelo Suzin e Me.: Larissa Naiana Rauber

**Sinop/MT  
2025**

## 1. INTRODUÇÃO

O estágio supervisionado é essencial na formação do aluno, pois é nesse momento que os conhecimentos adquiridos durante a graduação são aplicados na prática. Trata-se de uma experiência única, que permite ao estudante um contato direto com o mercado de trabalho e com a realidade vivenciada pelos profissionais da área.

Esse estágio me proporcionou um contato com a realidade de um nutricionista na prática de atendimento clínico ambulatorial. O nutricionista desempenha um papel fundamental na promoção da saúde e na garantia da segurança alimentar e nutricional da população. Sua atuação engloba desde a prevenção de doenças até o tratamento e a reabilitação, com ênfase na Atenção Primária à Saúde (APS) (CRUZ, 2020).

A concepção de nutrição clínica ampliada propõe uma reconfiguração da prática nutricional, enfatizando a humanização da relação entre nutricionista e paciente. Essa abordagem transcende o modelo biomédico tradicional, incorporando conteúdos não biomédicos e valorizando a escuta ativa, o diálogo e a sabedoria prática dos indivíduos (DEMÉTRIO *et al.*, 2011).

Ao considerar os aspectos sociais, culturais e emocionais que permeiam o processo saúde-doença-cuidado, o nutricionista adota uma postura mais empática e colaborativa, promovendo uma atenção integral e centrada no paciente. Essa perspectiva amplia o olhar técnico-nutricional, permitindo que o profissional atue de forma mais sensível às singularidades de cada indivíduo, fortalecendo o vínculo terapêutico e contribuindo para a efetividade das intervenções nutricionais (DEMÉTRIO *et al.*, 2011).

A atuação do nutricionista nesses contextos tem se revelado essencial para a promoção da saúde e a prevenção de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), ao intervir diretamente na redução de fatores de risco por meio da educação alimentar e do estímulo à adoção de práticas de vida mais saudáveis (SOUZA *et al.*, 2014).

Assim, para atender a demanda da sociedade que necessita de atendimento individualizado, a Fasiclin, clínica da Fasipe, atende de segunda a quarta, nos períodos matutino e noturno. O estágio ocorreu nos dias 11/08 à 08/10/2025 no período noturno das 18h30 às 22h30 horas, datas referentes ao meu grupo de estágio.

## **ESTUDO DE CASO COMPLETO**

### **Introdução e escolha do caso clínico**

O presente estudo de caso tem como foco o acompanhamento nutricional de um paciente adulto com lipidograma alterado, condição que requer atenção especial devido ao risco aumentado para doenças cardiovasculares e complicações metabólicas. O acompanhamento nutricional adequado é essencial para restabelecer o equilíbrio lipídico, prevenir a progressão de dislipidemias e promover a melhoria da qualidade de vida (Rached, *et al.*, 2025).

Uma alimentação equilibrada, rica em fibras, vitaminas, minerais e em gorduras insaturadas, aliada à redução de gorduras saturadas e açúcares simples, é fundamental para alcançar esses objetivos (Silva *et al.*, 2024).

Pacientes com alterações no perfil lipídico, especialmente aqueles com sobrepeso, hipertensão ou histórico familiar de doenças cardiovasculares, necessitam de uma abordagem individualizada, considerando aspectos clínicos, bioquímicos e comportamentais (Rached, *et al.*, 2025).

A prescrição dietoterápica, portanto, deve ser elaborada com base em evidências científicas atualizadas, contemplando as recomendações de instituições reconhecidas na área da saúde e nutrição (PEREIRA; ANDRADE, 2021).

A escolha desse caso para o estudo se deve à relevância clínica das dislipidemias na população atual e à importância do papel do nutricionista na prevenção e tratamento dessas condições. Acompanhar a evolução de um paciente com lipidograma alterado possibilita compreender de forma prática como a alimentação e o estilo de vida influenciam diretamente na saúde metabólica, contribuindo significativamente para o aprimoramento do conhecimento acadêmico e profissional.

### **Dados gerais**

Paciente V. P., sexo masculino, professor, 44 anos, casado, não fumante e não consome álcool.

### **História clínica pessoal e motivo da consulta**

O paciente procurou a Clínica Escola de Nutrição Fasiclin para reeducação alimentar e perda de peso. Com isso, na necessidade de orientar-se nutricionalmente para controle da

ingestão de alimentos que elevam o acúmulo de gordura corporal, o paciente buscou ajuda.

Ele se encontra em nível de “Obesidade Grau III” e relatou que sempre foi acima do peso, mas que seu ganho real foi a partir fase adulta. Em recente consulta ao médico no qual pediu exames de rotina, os resultados do lipidograma estavam alterados. Foi solicitado que o paciente realizasse os exames para verificação dos resultados, uma vez que os pedidos médicos haviam sido realizados há mais de três meses.

### **História nutricional**

Paciente relatou que nunca havia feito acompanhamento nutricional. Sua dieta é baseada em conhecimento adquirido conforme necessidade de aprender como se alimentar melhor, assim busca textos e dicas nos meios de comunicação e sites confiáveis.

### **Análise da composição nutricional do recordatório 24hrs**

O recordatório de 24 horas foi embasado no consumo diário do paciente do dia 15/08/2025 sexta-feira.

<b>Alimentos do café da manhã</b>	<b>Quantidade (g/ml)</b>	<b>Calorias (kcal)</b>	<b>Carboidratos (g)</b>	<b>Proteínas (g)</b>	<b>Gorduras (g)</b>
Café com açúcar	150	60.0	13,9	1,0	0,1

<b>Alimentos do lanche da manhã</b>	<b>Quantidade (g/ml)</b>	<b>Calorias (kcal)</b>	<b>Carboidratos (g)</b>	<b>Proteínas (g)</b>	<b>Gorduras (g)</b>
Café	150	60.0	13,9	1,0	0,1

<b>Alimentos do almoço</b>	<b>Quantidade (g/ml)</b>	<b>Calorias (kcal)</b>	<b>Carboidratos (g)</b>	<b>Proteínas (g)</b>	<b>Gorduras (g)</b>
Salada de alface, acelga, almeirão e rúcula	400	144.0	4,7	1,8	13,6
Carne bovina (fraldinha)	200	526,0	0,0	61,4	31,2

<b>Alimentos do lanche da tarde</b>	<b>Quantidade (g/ml)</b>	<b>Calorias (kcal)</b>	<b>Carboidratos (g)</b>	<b>Proteínas (g)</b>	<b>Gorduras (g)</b>
Café	150	60.0	13,9	1,0	0,1

<b>Alimentos do jantar</b>	<b>Quantidade (g/ml)</b>	<b>Calorias (kcal)</b>	<b>Carboidratos (g)</b>	<b>Proteínas (g)</b>	<b>Gorduras (g)</b>
Salada de alface, acelga, almeirão e rúcula temperada	400	144,0	4,7	1,8	13,6
Carne bovina (fraldinha)	200	526,0	0,0	61,4	31,2

### **Sinais e sintomas**

O paciente relata polidipsia e nictúria, além da presença de manchas escurecidas na região do pescoço, sugestivas de acantose nigricans, frequentemente associada à resistência à insulina. Refere não apresentar dificuldades mastigatórias, pois possui dentição completa. Não relata dores abdominais, náuseas, constipação ou outros sintomas gastrointestinais.

Apresenta cansaço e fadiga frequentes, o que pode estar relacionado ao excesso de peso e à falta de prática de atividade física. Os achados clínicos e laboratoriais indicam alteração do perfil lipídico, compatível com dislipidemia e risco aumentado para doenças cardiovasculares.

### **Avaliação antropométrica**

<b>Parâmetro</b>	<b>Valor</b>	<b>Observações / Classificação</b>
<b>Peso atual (kg)</b>	137,1	Acima do peso
<b>Peso usual (kg)</b>	135 a 140	Houve ganho recente de 3,9 kg
<b>Peso desejável (kg)</b>	80	Definido com base em objetivo clínico
<b>Peso ideal</b>	72,8	IMC referência 22
<b>Estatura (m)</b>	1,71	–
<b>IMC (kg/m<sup>2</sup>)</b>	46,9	Obesidade grau III
<b>Pregas cutâneas (bíceps, tríceps, subescapular, suprailíaca)</b>	Não realizadas	Não foi possível estimar % de gordura
<b>Prática de atividade física</b>	Não pratica atividade física	Necessita aderir a atividade física para diminuir riscos metabólicos

### **Dados familiares**

O paciente V. P. apresenta um histórico familiar significativo de doenças crônicas. Seus pais possuem histórico de doenças cardiovasculares, hipertensão e obesidade. Entre os irmãos, há casos de hipertensão, obesidade e câncer. Seus avós também apresentaram doenças cardiovasculares e obesidade.

### **Frequência alimentar**

A frequência alimentar do paciente inclui o consumo diário de hortaliças e frutas. Ele utiliza óleo de soja no preparo. O consumo de doces, açúcar, adoçante artificial, refrigerante, manteiga, margarina, frituras e sal é relatado como raro. Ele não utiliza banha. Utiliza condimentos diariamente e relata consumir 2 litros de água por dia.

### Exames laboratoriais

Parâmetro	Resultado	Unidade	Categoria Referencial (Desejável)	Classificação
<b>Colesterol Total</b>	209,0	mg/dL	<190 mg/dL	Elevado
<b>Colesterol HDL</b>	51,0	mg/dL	>40 mg/dL	Desejável
<b>Colesterol LDL</b>	139,8	mg/dL	<129 mg/dL	Limítrofe (130 a 159 mg/dL)
<b>Colesterol Não-HDL</b>	158,0	mg/dL	<130 mg/dL	Elevado
<b>Triglicérides</b>	18,2	mg/dL	<150 mg/dL	Desejável
<b>Colesterol VLDL</b>	1,0	mg/dL	Não há VR	Não se aplica

O paciente apresentou colesterol total de 209 mg/dL, valor considerado elevado em relação ao limite desejável de <190 mg/dL. O colesterol HDL foi de 51 mg/dL, dentro da faixa desejável (>40 mg/dL). O colesterol LDL apresentou valor de 139,8 mg/dL, classificado como limítrofe, uma vez que a faixa de 130 a 159 mg/dL é considerada intermediária. O colesterol não-HDL foi de 158 mg/dL, acima do valor ótimo (<130 mg/dL), sendo classificado como elevado. Os triglicérides foram de 18,2 mg/dL, dentro do desejável (<150 mg/dL). Por fim, o colesterol VLDL apresentou valor de 1,0 mg/dL, porém não há valores de referência estabelecidos, não sendo aplicável a classificação.

### Diagnóstico nutricional

O paciente V. P., professor, 44 anos, apresenta obesidade grau III (IMC de 46,9 kg/m<sup>2</sup>). Caso clínico de hipercolesterolemia.

Ele é sedentário e seu peso atual de 137,1 kg está significativamente acima do peso desejável de 72,8 kg. Os sinais e sintomas incluem polidipsia (sede excessiva), nictúria (aumento da frequência urinária noturna) e manchas escuras no pescoço (sinal clínico).

O consumo alimentar desse paciente apresenta baixa variedade e alta predominância de café nos lanches e no café da manhã, o que fornece apenas carboidratos simples e pouca saciedade. As principais refeições são constituídas basicamente por grandes porções de carne bovina e salada, resultando em ingestão muito elevada de proteínas e gorduras, com quase ausência de carboidratos complexos. A dieta é pobre em frutas, legumes variados, grãos e fontes de fibras, o que pode comprometer o aporte de micronutrientes essenciais.

## Medicamentos ou suplementos

O paciente não faz uso de medicamentos nem de suplementos.

## Cálculo das necessidades nutricionais e distribuição dos macronutrientes

Parâmetro	Valor	Observações
Taxa Metabólica Basal (TMB)	2061 kcal/dia	Calculada pela equação de Mifflin-St Jeor
Fator de Atividade Física	1,2	Nível de atividade: sedentário
Gasto Energético Total (GET)	2473 kcal/dia	Cálculo: TMB × Fator de Atividade
Prescrição alimentar	2044 kcal/dia	Diminuição do consumo diário para evitar ganho de peso ponderal

Macronutriente	Quantidade Total (g/dia)	%	Quantidade por kg (g/kg)
Proteína	164,4 g	34%	1,2 g/kg
Carboidrato	215,9 g	12,7%	1,6 g/kg
Lipídio	64,9 g	53,3%	0,5 g/kg

A Taxa Metabólica Basal (TMB) do paciente foi calculada em 2061 kcal/dia pela equação de Mifflin-St Jeor. Considerando seu nível de atividade sedentário, o Fator de Atividade Física (1,2) resultou em um Gasto Energético Total (GET) de 2473 kcal/dia.

A prescrição alimentar é de 2044 kcal/dia, com o objetivo de diminuir o consumo diário para evitar o ganho de peso ponderal. A distribuição dos macronutrientes por dia foi estabelecida da seguinte forma:

A hipercolesterolemia ocorre principalmente quando há desequilíbrio entre a produção, o transporte e a remoção do colesterol. No fígado, o LDL é formado a partir do VLDL e deveria ser captado pelos receptores de LDL (LDL-R). Quando esses receptores estão reduzidos, defeituosos ou insuficientes, seja por causas genéticas, como na hipercolesterolemia familiar, ou adquiridas, como em dietas ricas em gordura saturada e trans, o LDL permanece circulante por mais tempo. Esse LDL acumulado sofre oxidação, tornando-se mais aterogênico.

A oxidação do LDL desencadeia inflamação endotelial, recrutamento de macrófagos e formação de células espumosas, que se depositam na parede das artérias, iniciando a aterogênese. Além disso, aumento da síntese hepática de colesterol, diminuição da atividade da LDL-R e redução do HDL (que participa do transporte reverso do colesterol) contribuem para manter o colesterol elevado.

Assim, a hipercolesterolemia resulta da combinação entre maior produção hepática, menor remoção plasmática e maior permanência e modificação do LDL na circulação, favorecendo o

desenvolvimento de aterosclerose.

### **Embasamento teórico da prescrição dietoterápica**

A obesidade é uma condição clínica multifatorial caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal, frequentemente associada a desequilíbrios metabólicos, resistência à insulina e elevadas taxas de morbimortalidade cardiovascular (RAMOS; SANTOS, 2021).

No contexto da obesidade, é comum encontrar hipercolesterolemia, que consiste em níveis elevados de colesterol total e LDL (“colesterol ruim”), os quais favorecem a deposição de lipídios nas artérias, desencadeando o processo de aterosclerose (MELO et al., 2019).

A hipercolesterolemia é caracterizada pelo aumento das concentrações plasmáticas de LDL-colesterol, resultado de alterações no metabolismo das lipoproteínas. Esse desequilíbrio pode ocorrer por fatores genéticos ou adquiridos, levando à menor depuração hepática do LDL e maior permanência dessa partícula na circulação (Rached, et al, 2025).

O LDL acumulado tende a sofrer oxidação, desencadeando processo inflamatório na parede arterial, formação de células espumosas e desenvolvimento progressivo da placa aterosclerótica. A diretriz destaca que níveis elevados de LDL-c representam o principal determinante na gênese da aterosclerose e reforça a importância do diagnóstico precoce e do manejo intensivo para redução do risco cardiovascular (Rached, et al, 2025).

A aterosclerose, por sua vez, é uma doença progressiva das artérias que leva à formação de placas ateromatosas e ao estreitamento vascular, podendo resultar em infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral, entre outras sérias complicações (FERREIRA; LIMA, 2020).

Nesse cenário, a intervenção nutricional desempenha papel crucial. O nutricionista atua individualizando o plano dietético, ajustando macronutrientes e micronutrientes, promovendo padrões alimentares que reduzam lipídios circulantes e promovam perda de peso sustentável (INTERVENÇÃO NUTRICIONAL NO TRATAMENTO DE PACIENTES OBESOS, 2016).

Estratégias como a diminuição da ingestão de gorduras saturadas, o aumento de fibras alimentares, o uso de gorduras insaturadas, além do fracionamento das refeições, são eficazes na melhoria do perfil lipídico e na prevenção de progressão da aterosclerose (SILVA; OLIVEIRA; CAMARGO, 2022).

A literatura demonstra que programas de reeducação alimentar associados à prática regular de atividade física resultam em reduções estatisticamente significativas de colesterol total, LDL e circunferência da cintura em indivíduos com obesidade (OLIVEIRA *et al.*, 2023).

Além disso, intervenções no nível da Atenção Primária à Saúde, com acompanhamento nutricional contínuo, têm se mostrado eficientes na prevenção e controle da obesidade e

hipercolesterolemia em populações de risco (TELINO DE LACERDA; MACHADO, 2025).

Portanto, o nutricionista exerce papel central na prevenção e no tratamento das dislipidemias. Sua atuação envolve avaliação antropométrica, análise de exames bioquímicos, aconselhamento alimentar, monitoramento de adesão e ajustes dietéticos periódicos. Tais ações não só contribuem para a redução dos níveis de colesterol e risco aterosclerótico, mas também promovem melhora significativa da qualidade de vida e prevenção de doenças crônicas associadas (COSTA; ANTUNES; VIEIRA, 2021).

### Plano alimentar

Alimentos da manhã	Quantidade	Peso (g/ml)	Proteínas (g)	Lipídios (g)	Carboidratos (g)	Valor Energético (Kcal)
Ovo de galinha mexido	3 unidades médias	135 g	14,0	11,7	1,9	169
Mamão papaia	200 g	200 g	1,0	0,4	20,4	84
Café coado	50 ml	50 ml	0,3	0,0	0,8	5
Aveia	1 colher de sopa cheia	15 g	2,3	1,3	9,8	57

Alimentos almoço	Quantidade	Peso (g/ml)	Proteínas (g)	Lipídios (g)	Carboidratos (g)	Valor Energético (Kcal)
Patinho grelhado	180 g	180 g	64,6	13,2	0,6	378
Batata inglesa assada	170 g	170 g	4,3	0,1	34,7	150
Feijão carioca cozido	1 concha rasa	80 g	3,8	0,4	12,2	56
Brócolis cozido picado	4 colheres de sopa	60 g	1,6	0,3	2,7	16
Molho vinagrete	1 colher servir cheia	65 g	0,6	5,5	3,8	65
Alface	À vontade	0 g	0,0	0,0	0,0	0
Azeite de oliva extravirgem	1 colher de sopa	8 ml	0,0	8,0	0,0	71
Laranja	1 unidade média	180 g	1,6	0,4	19,4	81

Alimentos lanche da tarde	Quantidade	Peso (g/ml)	Proteínas (g)	Lipídios (g)	Carboidratos (g)	Valor Energético (Kcal)
Queijo minas meia cura	1 fatia média	30 g	7,5	9,3	0,0	114
Pão de forma integral	2 fatias	50 g	5,7	1,7	25,3	134

<b>Tomate</b>	<b>3 fatias pequenas</b>	30 g	0,3	0,1	1,4	6
<b>Maçã</b>	<b>1 unidade média</b>	130 g	0,4	0,6	20,4	83
<b>Café coado</b>	<b>50 ml</b>	50 ml	0,3	0,0	4,6	20

<b>Alimentos jantar</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Peso (g/ml)</b>	<b>Proteínas (g)</b>	<b>Lipídios (g)</b>	<b>Carboidratos (g)</b>	<b>Valor Energético (Kcal)</b>
<b>Filé de frango grelhado</b>	<b>180 g</b>	<b>180 g</b>	<b>53,4</b>	<b>11,2</b>	<b>0,6</b>	<b>331</b>
<b>Batata doce cozida</b>	<b>150 g</b>	<b>150 g</b>	<b>1,3</b>	<b>0,3</b>	<b>34,6</b>	<b>137</b>
<b>Cenoura cozida</b>	<b>3 colheres de sopa cheias (picada)</b>	<b>75 g</b>	<b>0,4</b>	<b>0,1</b>	<b>3,2</b>	<b>12</b>
<b>Beterraba cozida</b>	<b>2 colheres de sopa cheias (picada)</b>	<b>40 g</b>	<b>0,5</b>	<b>0,0</b>	<b>2,5</b>	<b>10</b>
<b>Chuchu cozido</b>	<b>2 colheres servir cheias</b>	<b>90 g</b>	<b>0,5</b>	<b>0,1</b>	<b>4,6</b>	<b>18</b>
<b>Agrião</b>	<b>À vontade</b>	<b>0 g</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0</b>

<b>Alimento da ceia</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Peso (g/ml)</b>	<b>Proteínas (g)</b>	<b>Lipídios (g)</b>	<b>Carboidratos (g)</b>	<b>Valor Energético (Kcal)</b>
<b>Chá de hortelã</b>	<b>200 ml</b>	200 ml	0,0	0,0	12,4	48

### **Análise nutricional do cardápio proposto**

O cardápio proposto visa a diminuição do colesterol e a perda de peso, sendo hipocalórico e com distribuição de macronutrientes voltada para a alta ingestão proteica e menor consumo de carboidratos e lipídios. As refeições foram fracionadas em café da manhã, almoço, lanche da tarde, jantar e ceia.

### **Orientações nutricionais**

O paciente foi orientado quanto à importância da reeducação alimentar, priorizando alimentos in natura e minimamente processados. Foi recomendado o aumento do consumo de frutas, verduras e hortaliças, bem como de fontes de gorduras boas, como azeite de oliva, castanhas e sementes. Reforçou-se a necessidade de reduzir o consumo de alimentos ultraprocessados, gorduras saturadas, carnes gordas e frituras, substituindo por preparações assadas ou grelhadas. O fracionamento das refeições foi ajustado para cinco refeições diárias, evitando longos períodos de jejum.

A ingestão hídrica deve ser mantida em, no mínimo, 4,7 litros por dia. Também foi estimulada a prática de atividade física leve a moderada, conforme liberação médica, visando melhora do condicionamento cardiovascular e auxílio na perda ponderal. Recomendou-se o monitoramento mensal do peso, circunferências e exames bioquímicos para acompanhamento da evolução nutricional.

### **Conclusão**

O acompanhamento nutricional do paciente com obesidade grau III e dislipidemia é fundamental para reduzir o risco de complicações cardiovasculares e metabólicas. O plano alimentar hipocalórico, associado a hábitos saudáveis e à prática regular de atividade física, visa promover a perda de peso gradual e a melhora do perfil lipídico.

A adesão ao tratamento dietoterápico é essencial para o controle dos níveis de colesterol, prevenção de doenças crônicas e melhoria da qualidade de vida. O retorno mensal será importante para ajustes no plano alimentar e reforço das condutas estabelecidas.

## **Estudo de caso 1**

**S (subjeto)**– Paciente: J. T., 47 anos, sexo feminino, professora, casada, refere desejo de emagrecer e aumentar a massa magra. Relata sentir polidipsia e “calorão” devido à menopausa. Nega uso de medicamentos, etilismo e tabagismo. Possui intolerância e/ou aversão alimentar a jiló, sardinha, peixe cru e leite. Sua dentição é completa, sem dificuldades mastigatórias. Relata histórico de endometriose (submetida à cirurgia). Histórico familiar positivo para hipertensão arterial e diabetes (pais e irmãos). Informa consumo diário de 2 L de água e cerca de 1 L adicional durante o treino de musculação três vezes por semana. Sua Frequência alimentar: hortaliças diariamente; frutas três vezes/semana; doces e sucos artificiais raramente; uso diário de óleo de soja e banha; condimentos (sazón) utilizado para temperar a carne.

**O (objetivo)**– Foi constatado peso de 52,5 Kg; 1,60 m; IMC de 20,5kg/m<sup>2</sup> (Eutrofia); Peso ideal: 53,7 Kg. Circunferência do braço: 25 cm; Circunferência da cintura: 66 cm; Circunferência abdominal: 74,5 cm; Circunferência do quadril: 95 cm; Relação cintura/quadril: 0,69; Dobras cutâneas- Bicipital 12 mm; Tricipital 19 mm; Subescapular 12 mm; Suprailíaca 12 mm; % de gordura corporal: 29,4%. Não foram realizados exames laboratoriais. A paciente não faz uso de medicamentos. Faz uso das suplementações: whey protein, magnésio, creatina, ômega 3, coenzima Q10 e amora em cápsulas, utilizados para amenizar sintomas da menopausa.

**A (avaliação)**– A paciente apresenta estado nutricional eutrófico (IMC = 20,5 kg/m<sup>2</sup>), porém com ingestão calórica insuficiente (1187 kcal/dia, 22,6 kcal/kg) em relação às suas necessidades nutricionais estimadas para manutenção e ganho de massa magra. A relação cintura/quadril de 0,69 indica baixo risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares (OMS, 1998) e o percentual de gordura corporal de 29,4% encontra-se moderadamente alto (POLLOCK; WILMORE, 1993) para mulheres adultas. As medidas de circunferência e dobras cutâneas estão em conformidade com o estado eutrófico, sem indicativos de desnutrição ou excesso de gordura localizada. O recordatório de 24h demonstra ingestão alimentar inadequada quanto ao valor energético total, proteínas de alto valor biológico e fibras, com excesso relativo de gorduras saturadas, proveniente do uso habitual de banha e baixo consumo de frutas e cereais integrais. Esses fatores dificultam o alcance do objetivo relatado de ganho de massa magra e controle da composição corporal. Os hábitos alimentares mostram boa ingestão hídrica e prática regular de atividade física, o que contribui positivamente para os objetivos da paciente. Entretanto, a baixa

densidade nutricional da dieta e o uso de condimentos industrializados ricos em sódio requerem reeducação alimentar. Ela indica baixa ingestão de fibras e proteínas em seu recordatório 24h, o que dificulta seu objetivo de ganho de massa muscular. Ainda conforme seu recordatório, sua ingestão não supre suas necessidades nutricionais diárias, o que pode contribuir para a dificuldade de ganho de massa muscular.

**P (plano/prescrição)** - Dieta normocalórica levemente hipercalórica com 1700 kcal hipercalórica, calculada a partir de FAO/WHO, 2004, visando manutenção do peso e otimização da composição corporal. Hiperproteica (24%) para ganho de massa magra e auxílio de saciedade no processo de manutenção do peso. Normoglicídica (49%) e normolipídica (27%) sendo prescrito adição de fibras e fracionamento das refeições para melhora na saciedade e melhora da qualidade nutricional. Será realizado acompanhamento nutricional mensal para reavaliação antropométrica e ajustes da prescrição conforme evolução da composição corporal.

## **Estudo de caso 2**

**S (subjeto)**– Paciente refere desejo de reduzir gordura abdominal. sexo feminino, casada, mãe de uma filha, compareceu à consulta no dia 13/08/2025. Relata sentir, com pouca frequência, náuseas, nictúria, flatulência e constipação intestinal, evacuando em média duas vezes por semana. Refere sentir dor indefinida no lado direito do abdômen. Nega dificuldades mastigatórias, possui dentição completa. Relata histórico de fibromialgia (tratada) e acompanhamento anterior com psicólogo devido à síndrome do pânico. Histórico familiar positivo para doenças cardiovasculares e hipertensão (pais). Faz uso de medicação para constipação intestinal. Não fuma e consome bebida alcoólica socialmente. Possui intolerância ao leite, sem outras alergias alimentares conhecidas. Frequência alimentar: consome hortaliças e frutas diariamente; refrigerante diariamente; doces diariamente; óleo de soja raramente; banha e margarina diariamente; condimentos industrializados diariamente; frituras raramente (usa airfryer); sal meio pacote/mês; água cerca de 1 L/dia.

**O (objetivo)**–A paciente S. M. F., 53 anos, apresenta peso atual de 58,7 kg e altura de 1,55 m, resultando em um IMC de 24,4 kg/m<sup>2</sup>. Seu peso ideal é estimado em 52,8 kg. As medidas antropométricas demonstram circunferência do braço de 28 cm, cintura de 76 cm, abdômen de 85 cm e quadril de 99 cm, resultando em uma relação cintura/quadril de 0,76. As dobras cutâneas apresentaram os seguintes valores: bicipital 9 mm, tricípital 17 mm, subescapular 16 mm e

suprailíaca 22 mm, com percentual de gordura corporal estimado em 33,4%. Observa-se ainda pele flácida como sinal clínico. A taxa metabólica basal (TMB) estimada foi de 1323 kcal, com fator de atividade física de 1,55, resultando em necessidades energéticas totais aproximadas de 1800 kcal/dia.. A paciente pratica musculação três vezes por semana, porém apresenta baixa ingestão hídrica, consumo elevado de açúcares simples e alimentos ultraprocessados, além de baixa ingestão de fibras. Recordatório alimentar de 24: 53.3g (0.9g/Kg) Lipídios: 33.9g (0.6g/Kg) Carboidratos: 171.2g (2.9g/Kg) Calorias:1192 Kcal (20.3 Kcal/Kg). Não faz uso de suplementos alimentares.

#### **A (avaliação)–**

A paciente apresenta estado nutricional eutrófico, porém com percentual de gordura corporal classificado como moderadamente alto (Pollock & Wilmore, 1993). A RCQ sugere baixo risco cardiovascular segundo a OMS (1998), entretanto o acúmulo de gordura abdominal relatado indica necessidade de ajustes alimentares e melhora da composição corporal. O recordatório de 24h demonstra ingestão calórica ligeiramente inferior às necessidades estimadas, com predomínio de açúcares simples e gorduras saturadas, especialmente pelo consumo diário de refrigerante, margarina e banha. Observa-se baixa ingestão de fibras e baixo volume hídrico (1L/dia), fatores que justificam a constipação intestinal relatada. A prática regular de atividade física é um ponto positivo, mas a qualidade alimentar e a irregularidade das refeições comprometem o alcance do objetivo de reduzir gordura abdominal e melhorar o funcionamento intestinal. A paciente demonstra boa aceitação alimentar, o que facilita a adesão ao tratamento nutricional.

#### **P (plano/prescrição)–**

Foi prescrito um plano alimentar de 1800 kcal/dia, conforme recomendações da FAO/WHO (2004), caracterizado como normocalórica, normolipídica, normoproteica e normoglicídica, ajustado conforme (DRI, 2002). A conduta dietoterápica tem como objetivo principal a redução da gordura abdominal e a melhora da função intestinal. A distribuição dos macronutrientes foi estabelecida em 52,1% de carboidratos, 22,2% de proteínas (1,7 g/kg) e 25,6% de lipídios. O plano enfatiza o aumento do consumo de fibras alimentares, por meio da inclusão de frutas, verduras, cereais integrais e leguminosas, bem como a redução da ingestão de açúcares simples e bebidas açucaradas. A hidratação adequada foi estimulada, com orientação para o consumo de, aproximadamente, 2,5 litros de água por dia. Recomendou-se o fracionamento da alimentação em cinco a seis refeições diárias, evitando longos períodos de jejum, e a substituição de condimentos

industrializados, margarina e banha por ervas naturais e azeite de oliva extra virgem, com o intuito de melhorar a qualidade nutricional da dieta. Foi reforçada a importância da manutenção da prática regular de atividade física e do acompanhamento periódico da evolução antropométrica.

### **Estudo de caso 3**

**S (subjeto)**– A paciente I.G., 59 anos, solteira, sem filhos, professora, procurou atendimento nutricional com o objetivo de realizar reeducação alimentar e perda de peso. Relata histórico pessoal de hipertensão e refluxo, além de queixas de disfagia e unhas quebradiças. Informa que possui dentição completa e não apresenta dificuldades para mastigação. Refere intolerância alimentar ao leite e derivados, relatando também que o consumo de doces causa dor de cabeça. Apresenta aversão à dobradinha e peixe cru. Faz uso contínuo de Losartana e nega o uso de álcool ou tabaco. Em relação ao histórico familiar, informa casos de hipertensão, diabetes e obesidade entre os pais. Quanto ao histórico de peso corporal, relata ter mantido peso normal durante a infância e adolescência, iniciando ganho de peso progressivo na fase adulta, pesando 52 kg até os 35 anos. Já realizou acompanhamento com nutricionista anteriormente, mas sem continuidade.

**O (objetivo)**– A paciente apresenta peso corporal de 89,5 kg e altura de 1,50 m, com IMC de 39,7 kg/m<sup>2</sup>, classificado como obesidade grau II. As medidas antropométricas registradas foram: circunferência do braço de 37 cm, cintura 106 cm, abdômen 113 cm, quadril 123 cm, e relação cintura/quadril 0,86. As pregas cutâneas apresentam os seguintes valores: bicipital 23 mm, tricipital 32 mm, subescapular 42 mm, e suprailíaca não aferida. O percentual de gordura corporal estimado é de 46,2%. Refere não praticar atividade física, sendo considerada sedentária. Sua taxa metabólica basal (TMB) foi estimada em 1380 kcal, com fator de atividade 1,2, resultando em necessidades energéticas totais de aproximadamente 1400 kcal. As necessidades de macronutrientes foram distribuídas em 1,1 g/kg de proteína, 200,1g de carboidrato e 40,4g de lipídios. Na avaliação dietética, observa-se baixo consumo de frutas e hortaliças — relatando consumo de hortaliças apenas nos fins de semana e frutas três vezes por semana. Refere uso diário de óleo de soja, consumo de doces três vezes por semana, ingestão de 2,5 kg de açúcar por mês, e consumo de frituras três vezes por semana. Utiliza sal em torno de 1 kg por mês e ingere aproximadamente 1,5 L de água por dia. O recordatório de 24 horas indicou: Proteínas: 66.3g (0.7g/Kg) Lipídios: 18.3g (0.2g/Kg) Carboidratos: 97.1g (1.1g/Kg) Calorias: 788 Kcal (8.8 Kcal/Kg).

**A (avaliação)**– Trata-se de uma paciente com obesidade grau II associada a hábitos alimentares inadequados, baixo consumo de alimentos fontes de fibras e proteínas de alto valor biológico, e consumo frequente de açúcares simples e gorduras saturadas. Apresenta disfagia leve, possivelmente relacionada ao refluxo, e unhas quebradiças, o que pode estar associado à ingestão inadequada de micronutrientes, especialmente zinco, ferro e vitaminas do complexo B. O histórico familiar de doenças metabólicas como hipertensão, diabetes e obesidade eleva o risco de complicações cardiovasculares e metabólicas. A ingestão hídrica está abaixo da recomendada, e o sedentarismo contribui para a manutenção do excesso de. Há necessidade de melhoria no padrão alimentar, incluindo aumento no consumo de frutas, verduras e proteínas magras, além da redução do consumo de sal, açúcar e alimentos ultraprocessados.

**P (plano/prescrição)**– Foi proposto um plano alimentar hipocalórico de 1400 kcal/dia, elaborado conforme a equação de Mifflin-St Jeor (1990), classificado como hipocalórico, normolipídico (24,5%), hiperproteico (26,6) e hipoglicídico (48,9%) conforme Mifflin-St Jeor (1990). A conduta visa promover perda de peso gradual e sustentável, com regulação intestinal e melhora da qualidade nutricional da dieta. Foram recomendadas mudanças nos horários e fracionamento das refeições, aumento do consumo de proteínas de alto valor biológico, adequação da ingestão hídrica para cerca de 3,2 litros por dia e incremento na ingestão de fibras alimentares provenientes de frutas, verduras e cereais integrais. Também foi orientado a redução no consumo de sal e de alimentos ultraprocessados, substituição do óleo de soja por azeite de oliva e incentivo à introdução gradual de atividade física leve, visando melhora do metabolismo basal e composição corporal.

#### **Estudo de caso 4**

**S (subjeto)**– Paciente T. F. L., 36 anos, casada, mãe e monitora escolar, procurou atendimento com o objetivo de melhorar a saúde e reduzir o peso corporal. Relata histórico pessoal de hanseníase e refere sensação frequente de estufamento após as refeições. No histórico familiar, há presença de hipertensão, diabetes e câncer entre os pais; hipertensão entre os irmãos e diabetes e câncer entre os avós. Faz uso do anticoncepcional Repopil 35, não fuma e consome bebida alcoólica raramente. Nega intolerâncias ou alergias alimentares, mas refere aversão a jiló. Relata que sempre apresentou sobrepeso desde a infância e adolescência, mantendo-se na fase adulta entre 80 kg e 89 kg. Já realizou acompanhamento nutricional anteriormente. Refere ingestão hídrica

adequada, de aproximadamente 2,5 L/dia.

**O (objetivo)**– Paciente apresentou peso atual de 77,5 kg e altura de 1,56 m, resultando em IMC de 31,8 kg/m<sup>2</sup>, classificado como obesidade grau I (OMS, 1998). As circunferências corporais indicaram: CB 35 cm, CC 108 cm, CA 107,5 cm, quadril 105,5 cm e relação cintura/quadril 1,0, sinalizando risco aumentado para complicações metabólicas. As dobras cutâneas apresentaram valores de 20 mm (bicipital) e 32 mm (tricipital), com percentual de gordura corporal de 39,1%, compatível com excesso de adiposidade (POLLOCK; WILMORE, 1993). Observou-se presença de manchas escuras no pescoço e nas axilas. No recordatório alimentar de 24 h, verificou-se dieta hipercalórica com baixo valor nutricional, composta por alimentos ricos em gorduras saturadas, açúcares simples e baixa ingestão de hortaliças e fibras. A paciente pratica atividade física regularmente, de segunda a sexta-feira. A TMB foi estimada em 1411 kcal, fator de atividade 1,35, resultando em Necessidade Energética Total de 1555 kcal.

**A (avaliação)**– Paciente apresenta obesidade grau I, com percentual de gordura corporal elevado e distribuição central de gordura, o que aumenta o risco para doenças metabólicas. O histórico alimentar evidencia consumo frequente de produtos ultraprocessados, doces e condimentos industrializados, além de baixo consumo de vegetais e frutas, o que contribui para o ganho de peso e sensação de estufamento. A ingestão hídrica não é adequada, e a prática de atividade física regular constitui fator protetor. O padrão alimentar atual, entretanto, apresenta excesso calórico e deficiência em proteínas de alto valor biológico e fibras alimentares. O uso de sazón e açúcar refinado, aliado ao consumo de refrigerantes nos fins de semana, reforça a necessidade de reeducação alimentar e controle do sódio e açúcares simples.

**P (plano/prescrição)**– Foi prescrita dieta hipocalórica com 1555 kcal/dia, conforme equação de Mifflin St. Jeor (1990), com distribuição hiperproteica 26% (1,3 g/kg), hipoglicídica 44% e normolipídica 30%, visando à perda gradual de peso e melhora da composição corporal. A dieta inclui redução do consumo de carboidratos simples, açúcares e condimentos industrializados, aumento de proteínas magras e fibras alimentares e reorganização do horário e fracionamento das refeições. Mantida a ingestão hídrica de 3 L/dia e estímulo à manutenção da prática regular de atividade física.

## **Estudo de caso 5**

**S (subjetivo)**– Paciente G. G. S., 46 anos, casado, pai e motorista de caminhão, procurou atendimento com o objetivo de realizar uma reeducação alimentar. Relata diagnóstico de espondilite desde 2009, atualmente em tratamento medicamentoso com secuquinumabe. Refere sintomas de azia, poliúria, nictúria e flatulências, além de apresentar unhas esbranquiçadas. Possui dentição completa, sem dificuldades mastigatórias. Nega alergias, intolerâncias ou aversões alimentares. Relata histórico familiar positivo para hipertensão (pais e irmãos) e psoríase (pais). Refere que na infância e adolescência tinha peso normal, mas após os 20 anos apresentou aumento de peso, mantendo-se atualmente em torno de 70 kg. Não faz uso de suplementos. Relata consumo hídrico de aproximadamente 2 L de água por dia.

**O (objetivo)**– Paciente apresentou peso atual de 68,5 kg e altura de 1,65 m, resultando em IMC de 25,6 kg/m<sup>2</sup>, classificado como sobrepeso (OMS, 1998). Circunferências corporais: braço 30 cm, cintura 91 cm, abdômen 93 cm, quadril 98 cm e relação cintura/quadril 0,92, indicando risco aumentado para doenças cardiovasculares. As dobras cutâneas apresentaram valores de 05 mm (bicipital), 10 mm (tricipital), 20 mm (subescapular) e 18 mm (suprailíaca), com percentual de gordura corporal de 25,9%, considerado moderadamente alto para o sexo masculino (POLLOCK; WILMORE, 1993). Observou-se perda de pelos nas pernas e unhas esbranquiçadas. O recordatório alimentar de 24 horas revelou alimentação rica em gorduras saturadas e açúcares simples, com baixa ingestão de fibras e hortaliças, apesar do consumo diário de frutas. O paciente realiza atividade física regular (musculação, três vezes por semana). A TMB estimada foi de 1659 kcal, com fator de atividade 1,55, resultando em necessidade energética total de 2100 kcal.

**A (avaliação)**– O paciente apresenta sobrepeso, possivelmente associado a hábitos alimentares inadequados e consumo frequente de alimentos ultraprocessados e gordurosos, como carnes suínas fritas, manteiga, banha e condimentos industrializados. A relação cintura/quadril indica risco cardiovascular aumentado. O padrão alimentar sugere déficit de fibras, vegetais e proteínas magras, além de excesso de gorduras saturadas e sódio, o que pode agravar o quadro inflamatório decorrente da espondilite. O consumo hídrico está abaixo do recomendado para seu peso e rotina de trabalho, que exige longos períodos sentado, o que pode também contribuir para sintomas gastrointestinais, como azia e flatulência. A prática de atividade física é um ponto positivo, contribuindo para a manutenção da massa magra e melhora da mobilidade articular.

**P (plano/prescrição)**– Foi prescrita dieta de 2100 kcal/dia, conforme FAO/WHO (2004), com déficit calórico aproximado de 460 kcal, visando à reeducação alimentar e controle do peso corporal. A dieta apresenta distribuição normoproteica (26%), normolipídica (27%) e normoglicídica (47%), conforme DRI (2002). As recomendações incluem aumento da ingestão de proteínas de alto valor biológico, ampliação do consumo de fibras por meio de frutas, verduras e cereais integrais, e redução do consumo de gorduras saturadas e açúcares simples. Orienta-se a substituição da banha e manteiga por azeite de oliva, diminuição do uso de condimentos industrializados e adoção de refeições fracionadas ao longo do dia. A ingestão hídrica deverá ser aumentada para 2,5 L diários.

### **Estudo de caso 6**

**S (subjetivo)**– Paciente, 18 anos, solteira, estudante de agronomia, procura atendimento para reeducação alimentar. Relata histórico pessoal de alteração em perfil lipídico, além de apresentar nictúria e flatulência. Refere histórico familiar de doenças cardiovasculares e hipertensão nos avós. Faz uso de anticoncepcional, não fuma e consome bebida alcoólica apenas nos fins de semana. Apresenta intolerância ao leite e derivados, e aversão a mamão, abacaxi e melancia. Informa que sempre manteve peso eutrófico. Já realizou acompanhamento com psicólogo e ginecologista. Relata consumir hortaliças três vezes na semana, frutas diariamente, não utiliza óleo de soja, consome doces duas vezes na semana, utiliza cerca de 2 kg de açúcar por mês, não consome sucos artificiais, refrigerante duas vezes na semana, não usa manteiga, mas utiliza margarina e banha diariamente. Consome leguminosas diariamente, frituras raramente, e relata consumo de aproximadamente 3 L de água por dia.

**O (objetivo)**– A paciente apresenta peso corporal de 60,5 kg e altura de 1,61 m, resultando em um IMC de 23,3 kg/m<sup>2</sup>, classificado como eutrofia. As medidas de circunferência do braço (28 cm), cintura (69 cm), abdômen (77 cm) e quadril (95 cm) indicam uma relação cintura/quadril de 0,72, representando baixo risco cardiovascular. As pregas cutâneas apresentaram os seguintes valores: bicipital 19 mm, tricípital 26 mm, subescapular 19 mm e suprailíaca 15 mm, com percentual de gordura corporal de 29,2%, considerado elevado. A paciente pratica musculação cinco vezes por semana e apresenta uma taxa metabólica basal (TMB) de 1502 kcal, com fator de atividade física (FA) de 1,55, resultando em necessidade energética total estimada em 2320 kcal/dia. No recordatório de 24h: Proteínas: 121.4g (2.0g/Kg) Lipídios: 78g (1.3g/Kg) Carboidratos: 189.2g

(3.1g/Kg) Calorias: 1925 Kcal (31.8 Kcal/Kg).

**A (avaliação)**– Paciente apresenta estado nutricional eutrófico, com percentual de gordura corporal elevado e histórico de colesterol alto. Alimentação apresenta frequência insuficiente de hortaliças, consumo de margarina e banha diariamente, além de doces e refrigerantes ocasionais. O consumo hídrico é adequado. A ausência de lanches intermediários e o excesso de gorduras saturadas podem contribuir para o aumento do colesterol.

**P (plano/prescrição)**– Foi elaborado um plano alimentar de 2000 kcal/dia, conforme recomendações da FAO/WHO (2004), com déficit calórico de 256 kcal/dia e distribuição normolipídica (20%), normoproteica (27%) e normoglicídica (53%), de acordo com a DRI (2002). Recomenda-se a redução do consumo de gorduras saturadas, substituindo-as por gorduras benéficas. O fracionamento adequado das refeições deve ser mantido, incluindo um lanche da manhã e uma ceia leve. Orienta-se ainda a manutenção da ingestão hídrica de 2,2 litros por dia, o aumento do consumo diário de hortaliças e frutas variadas, além da atenção à leitura de rótulos para evitar produtos que contenham lactose, devido à intolerância relatada. Por fim, recomenda-se manter a prática regular de atividade física, conforme rotina já estabelecida pela paciente.

### **Estudo de caso 7**

**S (subjeto)**– Paciente Y. V. F. P. J., 21 anos, solteira, estudante de Psicologia, procurou atendimento nutricional com o objetivo de realizar reeducação alimentar e perda de peso. Relata episódios de náuseas e flatulência, possui dentição completa e sem dificuldade de mastigação. Não faz uso de medicamentos, não fuma e não consome bebidas alcoólicas. Refere histórico familiar de doenças cardiovasculares, hipertensão, diabetes e câncer entre pais e avós. Não apresenta intolerâncias alimentares, mas tem aversão a jiló e partes do frango, consumindo apenas o peito. Relata ter sido acima do peso na infância, mantendo peso normal na adolescência e magra na fase adulta. Já realizou acompanhamento psicológico.

**O (objetivo)**– Apresenta espinhas e queda de cabelo. Pesa 60 kg e mede 1,58 m, com IMC de 24 kg/m<sup>2</sup>, classificado como eutrofia. Circunferência do braço: 29 cm; cintura: 71,5 cm; abdômen: 89 cm; quadril: 101,5 cm; relação cintura/quadril: 0,70. Pregas cutâneas: bicipital 17, tricípital 23, subescapular 18 e suprailíaca 21. Percentual de gordura corporal: 33,1%, considerado muito alto

segundo Pollock e Wilmore (1993). Não pratica atividade física. A Taxa Metabólica Basal é de 1376 kcal, com fator atividade de 1,2. Necessidades energéticas totais: 1536 kcal/dia, com distribuição estimada de proteínas 108,5 g (1,8 g/kg), lipídios 37,8 g (0,6 g/kg) e carboidratos 204,3 g (3,4 g/kg).

**A (avaliação)**– Paciente eutrófica, com percentual de gordura corporal elevado e queixa de desconforto gastrointestinal associado à flatulência e náuseas. Apresenta consumo alimentar irregular, baixo fracionamento das refeições e ingestão hídrica insuficiente. A ingestão calórica diária estimada (1171 kcal) encontra-se abaixo das necessidades energéticas calculadas. Há necessidade de ajustes qualitativos e quantitativos na dieta, além da reorganização alimentar e aumento da ingestão proteica.

**P (plano/prescrição)**– Foi elaborado plano alimentar de 1536 kcal/dia, conforme FAO/WHO (2004), com distribuição normolipídica (22,1%), normoproteica (28,3%) e normoglicídica (49,6%), segundo DRI (2002). A conduta dietoterápica inclui reeducação alimentar com organização dos horários e fracionamento adequado das refeições, aumento da ingestão de proteínas de alto valor biológico, ampliação do consumo de frutas, hortaliças e fibras para auxiliar na regulação intestinal e minimizar a produção de gases. Recomenda-se aumentar a ingestão hídrica para 2,1 L por dia e, progressivamente, incentivar a prática regular de atividade física.

## **Estudo de caso 8**

**S (subjeto)**– Paciente J. S. S. C., 20 anos, solteira, secretária, compareceu à consulta com o objetivo de perda de peso. Relata episódios frequentes de azia, constipação intestinal e dores de cabeça. Informa desconforto para mastigar devido à dentição incompleta. Refere intolerância ao café, que lhe causa azia, e aversão a jiló, pequi, ovo, rúcula e couve. Relata histórico familiar de hipertensão e diabetes entre os pais, obesidade entre os avós e casos de hanseníase na família. Na infância apresentou peso normal, foi mais magra na adolescência e, atualmente, encontra-se com ganho de peso ponderal progressivo. Realizou acompanhamento psicológico na infância devido à perda do irmão mais velho. Em relação aos hábitos alimentares, consome hortaliças diariamente e frutas apenas uma vez por semana. Informa uso de óleo de soja semanal, doces e refrigerantes diariamente, banha e condimentos diariamente, além de frituras frequentes. Consome cerca de 1 litro de água por dia e não utiliza manteiga, margarina ou adoçantes artificiais. Não faz uso de

medicamentos, não fuma e consome bebida alcoólica apenas nos fins de semana.

**O (objetivo)**– A paciente apresenta peso de 97,2 kg e estatura de 1,53 m, resultando em um IMC de 41,5 kg/m<sup>2</sup>, o que a classifica em obesidade grau III. As medidas antropométricas demonstram circunferência do braço de 39 cm, cintura de 100 cm, abdômen de 110 cm e quadril de 129 cm, com relação cintura/quadril de 0,77. O percentual de gordura corporal é de 53,1%, considerado muito alto segundo os critérios de Pollock & Wilmore (1993). Durante a avaliação física, foram observados sinais clínicos de mancha escurecida na região do pescoço indicativos de possíveis alterações metabólicas. O recordatório alimentar de 24 horas revelou consumo composto por pão francês com carne moída ao molho (4 colheres) no café da manhã e, no almoço, três colheres de sopa de arroz, duas colheres de abobrinha, três pedaços de peito de frango grelhado, uma colher de cream cheese e alface à vontade, no lanche da tarde, comeu açaí com nutella, leite condensado ovomaltine e creme de ninho, aproximadamente 400 ml, no jantar com meu linguíça frita com arroz. O valor energético total estimado foi de 1.840 kcal, correspondendo a 83 g de proteínas, 82,6 g de lipídios e 208,9 g de carboidratos. A paciente apresenta taxa metabólica basal (TMB) de 1.668 kcal e fator de atividade de 1,2, sendo classificada como sedentária, uma vez que não pratica atividade física regularmente.

**A (avaliação)**– Paciente apresenta quadro de obesidade grau III, com percentual de gordura muito elevado e ingestão calórica acima do gasto energético estimado. O consumo alimentar é caracterizado por alto teor de açúcares simples, frituras, refrigerantes e condimentos, além de baixa ingestão hídrica, frutas e fibras, fatores que contribuem para constipação e desconforto gastrointestinal. Apresenta intolerância ao café, que deve ser evitado, e hábitos alimentares desorganizados, com ausência de fracionamento adequado. Os sintomas relatados (azia e cefaleia frequente) podem estar relacionados ao padrão alimentar inadequado e ao excesso de gordura corporal. Os achados clínicos, como mancha no pescoço e marca dos dentes na língua, podem indicar resistência à insulina e retenção hídrica.

**P (plano/prescrição)**– Foi elaborado plano alimentar de 1.536 kcal/dia, calculado com base na equação de Mifflin-St Jeor (1990), com o objetivo de promover um déficit calórico gradual que possibilite a perda aproximada de 1 kg por mês. O plano apresenta distribuição hipocalórica, com predomínio lipídico (40%), proteína em níveis adequados 1,1 g/kg (18%) e redução de carboidratos (41%). A conduta nutricional proposta inclui reeducação alimentar, com organização dos horários

e fracionamento das refeições ao longo do dia, a fim de favorecer melhor controle da fome e da saciedade. Recomenda-se aumento da ingestão hídrica para, no mínimo, 3,5 litros por dia, além do incremento do consumo de frutas, hortaliças e alimentos ricos em fibras, visando à melhora do trânsito intestinal e à prevenção de constipação. Orienta-se ainda a redução do consumo de açúcares simples, refrigerantes, frituras e condimentos industrializados, bem como a substituição das gorduras saturadas por fontes mais saudáveis, como azeite de oliva extra virgem, abacate e oleaginosas. A paciente foi orientada a evitar o consumo de café, devido à intolerância relatada, e incentivada à prática regular de atividade física, de forma progressiva e supervisionada. Foi orientado a paciente procurar acompanhamento psicológico, com o propósito de auxiliar no controle de possíveis episódios de compulsão alimentar e no manejo do uso social de álcool, contribuindo para uma abordagem integrada e sustentável do processo de emagrecimento.

### **Estudo de caso 9**

**S (subjetivo)**– Paciente A. K. B. A., 37 anos, solteira, professora, mãe de três filhas, procurou atendimento com o objetivo de reeducação alimentar e perda de peso. Relata histórico de três cesarianas, depressão pós-parto tratada com acompanhamento psiquiátrico, hanseníase e pré-diabetes. Refere ocorrência de flatulência ocasional. Apresenta histórico familiar positivo para diabetes e obesidade entre pais e irmãos, além de doenças cardiovasculares e hipertensão entre os avós. Não apresenta intolerâncias nem aversões alimentares. Relata que sempre esteve acima do peso, variando atualmente entre 85 e 89 kg. Nos hábitos de vida, refere não fumar, consumir bebidas alcoólicas aos fins de semana e não fazer uso de medicamentos ou suplementação. Sobre o padrão alimentar, relata consumo de hortaliças três vezes por semana, frutas diariamente, óleo nos fins de semana, margarina diariamente, frituras apenas nos fins de semana e uso diário de condimentos. Consumo familiar é de 3 kg de açúcar por mês, não bebe refrigerante nem utiliza banha nos preparos culinários, e afirma ingerir aproximadamente 6 litros de água por dia.

**O (objetivo)**– A paciente apresenta peso de 90 kg e estatura de 1,64 m, resultando em IMC de 33,5 kg/m<sup>2</sup>, o que a classifica com obesidade grau I. As medidas antropométricas indicam circunferência do braço de 36 cm, cintura de 100 cm, abdômen de 114 cm e quadril de 120 cm, com relação cintura/quadril de 0,83, configurando risco cardiovascular aumentado (Durnin). O percentual de gordura corporal é de 42,4%, considerado muito alto segundo os critérios de Pollock & Wilmore (1993). Observa-se ainda a presença de manchas no pescoço, atualmente em

tratamento. A paciente pratica crossfit três vezes por semana, demonstrando boa adesão à atividade física. No entanto, o recordatório alimentar de 24 horas revela uma ingestão calórica total estimada em 907 kcal, com 80,8 g de proteínas, 41,2 g de lipídios e 57,3 g de carboidratos, valores bastante inferiores às suas necessidades energéticas diárias estimadas em 1661 kcal, considerando um fator de atividade de 1,5.

**A (avaliação)**– Paciente apresenta obesidade grau I associada a histórico de pré-diabetes e alimentação hipocalórica e hipoglicídica, com baixo fracionamento e desequilíbrio na distribuição dos macronutrientes. O alto consumo de margarina e condimentos e o baixo consumo de fibras e hortaliças contribuem para a flatulência e para o risco metabólico aumentado. O histórico familiar e pessoal indicam predisposição a doenças metabólicas, reforçando a necessidade de controle glicêmico e prevenção de complicações cardiovasculares. Apesar de relatar elevada ingestão hídrica, o padrão alimentar demonstra baixa densidade nutricional, com carência de micronutrientes e baixo aporte de carboidratos complexos.

**P (plano/prescrição)**– Foi elaborado um plano alimentar de 1.738 kcal por dia, calculado com base na equação de Mifflin-St Jeor (1990), com déficit calórico moderado, visando uma perda de aproximadamente 1,5 kg por mês. O plano apresenta uma distribuição hipocalórica, sendo normolipídico (22,7%), hiperproteico (28,2%) e hipoglicídico (49,1%), com o objetivo de promover a redução de gordura corporal e preservação da massa magra. As recomendações incluem a reeducação alimentar, com organização dos horários e fracionamento das refeições em cinco momentos diários, a fim de manter a saciedade e o equilíbrio metabólico. A ingestão hídrica foi ajustada para cerca de 3,1 litros por dia, adequada às necessidades individuais. Aumento do consumo de frutas, hortaliças e alimentos ricos em fibras, favorecendo o controle glicêmico e a melhora do trânsito intestinal. Foi orientada a redução do uso de margarina e condimentos industrializados, substituindo-os por azeite de oliva extra virgem e temperos naturais, de modo a melhorar a qualidade da dieta e reduzir o consumo de gorduras saturadas e sódio. Recomenda-se ainda a continuidade da prática de crossfit, associada a uma alimentação adequada no pré e pós-treino, para otimizar o desempenho físico e a recuperação muscular.

### **Estudo de caso 10**

**S (subjeto)**– Paciente J. C. C. P., 26 anos, amasiado, encarregado de expedição, procurou atendimento com o objetivo de reeducação alimentar e perda de peso. Relata histórico de arritmia

cardíaca e que sente azia ao tomar café e nictúria. Possui dentição incompleta, mas sem prejuízo para a mastigação. Apresenta histórico familiar de hipertensão arterial entre pais, irmãos e avós, além de doenças cardiovasculares em parentes de primeiro grau. Relata uso contínuo de biotina e minoxidil/dutasterida para tratamento capilar. Nega tabagismo e refere ingestão de bebida alcoólica apenas nos fins de semana. Não possui intolerâncias ou alergias alimentares, mas refere aversão a jiló, peixe cru e miúdos. Quanto ao histórico ponderal, menciona magreza na infância, peso levemente elevado na adolescência e excesso de peso na fase adulta, mantendo-se entre 95 e 97 kg atualmente. Apresenta queda de cabelo e dor na coluna como queixas associadas. Sobre o padrão alimentar, relata consumo de hortaliças e frutas apenas uma vez por semana, óleo diariamente, doces duas vezes por semana, refrigerante duas vezes por semana, frituras uma vez por semana, e uso diário de condimentos. Não faz uso de manteiga ou banha, utiliza margarina raramente e consome açúcar (meio pacote/mês). Refere ingestão hídrica de 2,5 L/dia.

**O (objetivo)**– O paciente apresenta peso de 94,1 kg e estatura de 1,72 m, resultando em um IMC de 31,8 kg/m<sup>2</sup>, o que a classifica em obesidade grau I. As circunferências corporais aferidas foram: braço (34 cm), cintura (95 cm), abdômen (105 cm) e quadril (114 cm), com relação cintura/quadril (RCQ) de 0,83, indicando risco cardiovascular aumentado (Durnin). As pregas cutâneas apresentaram os seguintes valores: bicipital 15 mm, tricípital 28 mm, subescapular 40 mm e suprailíaca 37 mm, resultando em um percentual de gordura corporal de 30%, considerado alto segundo os critérios de Pollock & Wilmore (1993). Durante a avaliação física, foram observados sinais clínicos de queda de cabelo e dor na coluna, fatores que podem estar associados à alimentação inadequada e ao excesso de peso. O paciente não pratica atividade física regularmente, o que contribui para a manutenção do quadro de obesidade e do risco metabólico. De acordo com o recordatório alimentar de 24 horas, foi identificado um padrão alimentar monótono e hiperglicídico, com baixa ingestão de proteínas e micronutrientes essenciais. O café da manhã costuma ser omitido, sendo consumidos apenas 50 mL de café com açúcar por volta das 8h30. No almoço, a paciente relatou o consumo de 3 escumadeiras de arroz e 3 ovos mexidos com margarina. O lanche da tarde consistiu novamente em 50 mL de café, e o jantar repetiu a mesma composição do almoço. Na ceia, foi relatado o consumo de doce simples. A ingestão calórica total estimada foi de 1.615 kcal, distribuídas em 47 g de proteínas, 49,1 g de lipídios e 241,7 g de carboidratos, configurando uma dieta desbalanceada e insuficiente em qualidade nutricional. A Taxa Metabólica Basal (TMB) foi calculada em 1.892 kcal conforme cálculo de Mifflin St-Jeor e com o fator atividade de 1,2, a necessidade energética total estimada é de aproximadamente 2.001 kcal/dia, o

que indica que, apesar da ingestão calórica próxima às necessidades, há baixa densidade nutricional e inadequação dos macronutrientes para atender às demandas metabólicas e promover um estado nutricional saudável.

**A (avaliação)**– Paciente apresenta obesidade grau I associada a arritmia cardíaca, baixo consumo de frutas, hortaliças e fibras, e excesso de carboidratos refinados. O padrão alimentar demonstra baixa variedade e fracionamento inadequado, com longos períodos em jejum e alta ingestão de arroz e ovos com margarina, o que compromete o equilíbrio nutricional. O histórico familiar de hipertensão e doenças cardiovasculares, aliado ao excesso de peso e ao consumo elevado de sódio e gorduras saturadas, aumenta o risco cardiometabólico. A ingestão hídrica está moderadamente adequada, porém há necessidade de ajuste para o peso corporal e nível de atividade física. A queixa de azia relacionada ao café indica possível intolerância gástrica, sendo necessário restringir o consumo.

**P (plano/prescrição)**– Foi elaborado um plano alimentar de 2.000 kcal por dia, conforme a equação de Mifflin-St Jeor (1990), com déficit energético moderado, tendo como objetivo a perda ponderal de aproximadamente 1 kg por mês. O plano apresenta uma distribuição hipocalórica, sendo normolipídico (25,5%), hiperproteico (29,3%) e hipoglicídico (45,1%), conforme Mifflin-St Jeor (1990), visando a redução de gordura corporal e a preservação da massa magra. As orientações dietéticas incluem a implementação de reeducação alimentar, com organização dos horários e fracionamento das refeições em cinco momentos diários, favorecendo o controle da fome e a estabilidade glicêmica. Recomenda-se o aumento do consumo de frutas, hortaliças e alimentos integrais, com ênfase em fontes de fibras para melhorar o trânsito intestinal e promover maior saciedade. Foi orientada a redução do consumo de café, especialmente em jejum, a fim de minimizar episódios de azia e desconforto gástrico. Além disso, recomenda-se a substituição da margarina e de condimentos industrializados por azeite de oliva e temperos naturais, buscando aprimorar a qualidade da dieta e reduzir o consumo de gorduras saturadas e sódio. A ingestão hídrica foi ajustada para cerca de 3,2 litros de água por dia, adequada às necessidades individuais. Também foi sugerida a prática regular de atividade física, de forma gradual, visando melhorar a composição corporal e o condicionamento cardiovascular.

## **Estudo de caso 11**

**S (subjetivo)**– G. R. A., 25 anos, amasiada, sem filhos, procura atendimento nutricional com o objetivo de reeducação alimentar e perda de peso. Relata histórico de infecção intestinal desde o nascimento, com tratamento prolongado até os 15 anos, e diagnóstico atual de síndrome dos ovários policísticos (SOP). Refere sintomas gastrointestinais como azia ao ingerir café, náuseas, vômitos, desconforto abdominal devido à flatulência, constipação com evacuação a cada 2 a 3 dias e refluxo. Refere ainda dor nas pernas, inchaço nos pés e presença de espinhas. Nega tabagismo e etilismo. Apresenta intolerância ao leite devido à bactéria intestinal adquirida quando criança por injeção de leite impróprio para o consumo e aversão a jiló, quiabo, almeirão e chuchu. Informa não realizar o café da manhã regularmente, consumir refrigerante (Coca-Cola zero) diariamente e ingerir apenas 500 ml de água por dia. Não faz uso de suplementos, medicamentos e nem acompanhamento nutricional prévio.

**O (objetivo)**– Peso atual: 54 kg; altura: 1,60 m; IMC: 21,1 kg/m<sup>2</sup> (eutrofia). Circunferência do braço: 26,5 cm; cintura: 69 cm; abdômen: 74 cm; quadril: 94 cm; relação cintura/quadril: 0,73 (baixo risco cardiovascular). Pregas cutâneas (mm): bicipital 18, tricipital 27, subescapular 22, suprailíaca 20, resultando em percentual de gordura corporal de 27,2% (POLLOCK;WILMORE, 1993), classificado como moderadamente alto. Recordatório de 24 horas indica ingestão calórica de 1262 kcal, com distribuição de proteínas 52,3 g (1,0 g/kg), lipídios 32,9 g (0,6 g/kg) e carboidratos 193,8 g (3,6 g/kg).

**A (avaliação)**– Paciente eutrófica, porém com percentual de gordura corporal acima do ideal e hábitos alimentares desbalanceados, com ingestão hídrica insuficiente e consumo elevado de bebidas industrializadas. O padrão alimentar demonstra carência de micronutrientes e fibras, associado à baixa frequência de hortifrutis e alto consumo de alimentos refinados. Considerando o histórico de SOP, há necessidade de controle glicêmico e de estímulo à perda de gordura corporal. A sintomatologia gastrointestinal pode estar relacionada ao consumo de café e à intolerância à lactose, requerendo ajustes dietéticos. Padrão alimentar inadequado, caracterizado por baixa ingestão de frutas, hortaliças, fibras e água, com alto consumo de refrigerantes e café.

**P (plano/prescrição)**– Foi prescrito plano alimentar de 1371 kcal/dia, calculado segundo Harris-Benedict (1919), com distribuição normocalórica, normolipídica (23,2%), normoproteica (25,8%) e normoglicídica (51%), conforme recomendações da DRI (2002). O plano visa perda gradual de 1 kg/mês e reeducação alimentar. Recomenda-se organização dos horários e fracionamento das

refeições, aumento do consumo de frutas e hortaliças, inclusão de fontes de fibras (psyllium) para melhora da constipação intestinal e adequação da ingestão hídrica para 2 L/dia. Restrição total de leite e derivados devido à intolerância, bem como redução do café para evitar episódios de azia e refluxo. Incentiva-se o uso de gorduras boas (como abacate, azeite de oliva e castanhas) e o controle do consumo de refrigerantes.

## **Estudo de caso 12**

**S (subjetivo)**– M. A. F. R., 32 anos, amasiada, mãe de um filho e professora, procurou atendimento nutricional com o objetivo de reeducação alimentar e perda de peso. Refere ser hipertensa, pré-diabética, portadora de tireoidite de Hashimoto e síndrome dos ovários policísticos (SOP). Relata sintomas de náuseas, polidipsia, flatulência e constipação intestinal. Apresenta dentição completa e mastigação preservada. Possui histórico familiar importante para doenças cardiovasculares, hipertensão, diabetes e obesidade entre pais, irmãos e avós. Faz uso de metformina (1g), puran T4 (25 µg), olmesartana e progesterona. Não fuma e não consome bebidas alcoólicas. Relata intolerância ao glúten e à lactose. Na infância era magra, manteve peso normal na adolescência e, a partir dos 18 anos, passou a apresentar ganho ponderal, mantendo atualmente entre 85 e 89 kg. Faz acompanhamento com nutricionista e endocrinologista devido à tireoidite de Hashimoto. Relata pele ressecada, manchas escuras, inchaço nas pernas e queda de cabelo. Faz uso regular de suplementação com ômega 3, 6 e 9, vitaminas do complexo B (6, 9 e 12), coenzima Q10, resveratrol, curcumina, inositol, zinco, selênio, ácido fólico e creatina.

**O (objetivo)**– Apresenta peso atual de 84 kg e altura de 1,55 m, resultando em IMC de 35 kg/m<sup>2</sup>, classificado como obesidade grau II. Circunferência do braço: 38,5 cm; cintura: 102,5 cm; abdômen: 119 cm; quadril: 102 cm; relação cintura/quadril: 1,0, indicando alto risco cardiovascular. Pregas cutâneas (mm): bicipital 18, tricípital 32, suprailíaca 36, resultando em percentual de gordura corporal de 47,3%, considerado muito alto (POLLOCK & WILMORE, 1993). Recordatório alimentar de 24 horas apresentou ingestão de 1655 kcal, com 152,6 g de proteínas (1,8 g/kg), 56,2 g de lipídios (0,7 g/kg) e 141 g de carboidratos (1,7 g/kg). Observa-se consumo irregular de hortaliças (a cada 15 dias) e frutas diariamente. Faz uso de manteiga e banha, consome frituras quatro vezes por semana e refrigerante (Coca-Cola zero) três vezes por semana.

**A (avaliação)**– Paciente apresenta obesidade grau II e percentual de gordura corporal muito

elevado, associada a doenças crônicas como hipertensão, pré-diabetes, SOP e tireoidite de Hashimoto. A alimentação é hipercalórica e rica em gorduras saturadas, com consumo insuficiente de vegetais e fibras, o que contribui para a constipação intestinal e o aumento do risco cardiovascular. O quadro clínico e o histórico familiar reforçam a necessidade de intervenção dietoterápica voltada à perda de peso, controle glicêmico e melhora da composição corporal.

**P (plano/prescrição)**– Foi elaborado um plano alimentar hipocalórico de 1489 kcal/dia, com base na equação de Mifflin-St Jeor (1990), visando perda de aproximadamente 1,5 kg/mês. A distribuição dos macronutrientes foi definida como hipocalórica, normolipídica (24,2%), hiperproteica (33,6%) e hipoglicídica (42,2%), conforme recomendações de Mifflin-St Jeor (1990). O plano inclui reeducação alimentar com fracionamento das refeições, incentivo ao aumento do consumo de frutas, hortaliças e fibras, e adequação da ingestão hídrica para 3 L/dia. Recomenda-se restrição de carboidratos simples, eliminação de glúten e lactose, e redução do consumo de alimentos ricos em gorduras saturadas, substituindo-os por fontes de gorduras poli-insaturadas. O acompanhamento nutricional deverá monitorar a evolução ponderal, o controle glicêmico e os sintomas relacionados à tireoidite e SOP.

### **Estudo de caso 13**

**S (subjeto)**– L. N. S. S., 18 anos, solteira, estudante de Agronomia, procurou atendimento nutricional com o objetivo de reeducação alimentar e ganho de massa muscular. Refere diagnóstico prévio de pré-diabetes e gastrite, relatando sintomas de disfagia, polifagia e constipação intestinal, além de urinar com pouca frequência. Apresenta dentição completa, sem dificuldades mastigatórias. Possui histórico familiar positivo para doenças cardiovasculares em irmãos, além de hipertensão e diabetes entre os avós. Faz uso contínuo de anticoncepcional, não fuma e consome bebida alcoólica apenas nos fins de semana. Nega intolerâncias ou alergias alimentares, mas relata aversão a legumes, verduras, miúdos e carne moída. Menciona peso eutrófico durante toda a infância, adolescência e fase adulta, variando entre 50 e 54 kg. Não possui acompanhamentos anteriores. Refere ressecamento nos calcanhares como sinal clínico. Utiliza creatina como suplementação.

**O (objetivo)**– Apresenta peso de 54,2 kg e altura de 1,57 m, com IMC de 22 kg/m<sup>2</sup>, classificado como eutrofia. Circunferência do braço: 28 cm; cintura: 69 cm; abdômen: 76 cm; quadril: 93,5 cm;

RCQ de 0,74, indicando baixo risco cardiovascular. Pregas cutâneas (mm): bicipital 13, tricipital 22, subescapular 28 e suprailíaca 30, resultando em percentual de gordura corporal de 29,2%, classificado como alto (POLLOCK & WILMORE, 1993). O recordatório de 24h revelou uma ingestão calórica de 2046 kcal, composta por 66 g de proteínas (1,2 g/kg), 77,9 g de lipídios (1,4 g/kg) e 281,5 g de carboidratos (5,2 g/kg). Observa-se consumo irregular de hortaliças (apenas uma vez por semana), frutas diárias, frituras e condimentos em excesso, além de baixo consumo hídrico, cerca de 1 litro de água por dia. Pratica musculação cinco vezes por semana. A Taxa Metabólica Basal (TMB) estimada foi de 1418 kcal, com Fator de Atividade de 1,55, totalizando Necessidade Energética de 2000 kcal/dia.

**A (avaliação)**– A paciente encontra-se eutrófica, com composição corporal dentro dos parâmetros normais, porém apresenta percentual de gordura elevado e sintomas gastrointestinais (disfagia, gastrite, constipação) que podem interferir na absorção e digestão dos nutrientes. O consumo alimentar demonstra desequilíbrio qualitativo, com alta ingestão de gorduras saturadas e frituras, consumo reduzido de fibras e baixa hidratação, fatores que podem agravar o quadro de constipação e aumentar o risco metabólico associado à pré-diabetes. A prática regular de atividade física e o uso de creatina são fatores positivos para o ganho de massa magra, mas requerem ajustes nutricionais e hidratação adequada para otimizar resultados.

**P (plano/prescrição)**– Foi elaborado um plano alimentar de 2000 kcal/dia, conforme recomendações da FAO/WHO (2004), com déficit calórico de 256 kcal/dia para favorecer composição corporal adequada. A distribuição dos macronutrientes foi normolipídica (24,4%), normoproteica (25,4%) e normoglicídica (50,2%), de acordo com as DRIs (2002). A conduta inclui redução do consumo de gorduras saturadas e substituição por gorduras benéficas (abacate, azeite de oliva, castanhas e peixes), diminuição de açúcares simples, aumento do consumo de fibras alimentares (aveia, linhaça, frutas e hortaliças) para auxiliar na constipação, e fracionamento adequado das refeições para favorecer o metabolismo e o ganho de massa magra. Foi reforçada a importância da hidratação adequada (2 L/dia) e da moderação no consumo de frituras e refrigerantes. A paciente deverá manter o treino de musculação com acompanhamento nutricional periódico para ajustes calóricos e avaliação da evolução corporal.

#### **Estudo de caso 14**

**S (subjetivo)**– O paciente G. G., 21 anos, solteiro, sem filhos, estudante de Agronomia, procurou atendimento com o objetivo de realizar reeducação alimentar e promover ganho de massa muscular. Relata histórico de tratamento para gastrite e retirada das amígdalas. Refere apresentar azia, poliúria e polidipsia. Possui dentição completa e não apresenta dificuldades mastigatórias. Nega tabagismo e relata consumo ocasional de bebida alcoólica nos fins de semana. Não apresenta alergias ou intolerâncias alimentares conhecidas, e refere aversão apenas a peixe cru. Relata ter mantido peso eutrófico na infância e adolescência, com leve aumento de peso na fase adulta, variando entre 65 e 68 kg. Nega acompanhamentos nutricionais anteriores.

**O (objetivo)**– Apresenta peso atual de 69 kg, altura de 1,78 m e IMC de 21,8 kg/m<sup>2</sup>, classificado como eutrofia. Circunferência do braço: 28,5 cm; circunferência da cintura: 77,5 cm; circunferência abdominal: 84 cm; circunferência do quadril: 99 cm; relação cintura/quadril: 0,78, indicando baixo risco cardiovascular. Dobras cutâneas: bicipital 13 mm, tricipital 17 mm, subescapular 14 mm e suprailíaca 17 mm, com percentual de gordura corporal de 21,7%, considerado alto (Durnin). O paciente realiza musculação cinco vezes por semana. Sua TMB é de 1748 kcal, com fator atividade de 1,375 (Harris-Benedict, 1984), resultando em necessidade energética total estimada de 2404 kcal. A ingestão energética observada foi de 2117 kcal, composta por 70 g de proteínas (1,0 g/kg), 70,6 g de lipídios (1,0 g/kg) e 302,7 g de carboidratos (4,4 g/kg).

**A (avaliação)**– De acordo com os dados antropométricos, o paciente encontra-se eutrófico, porém com percentual de gordura corporal elevado. A alimentação atual apresenta consumo frequente de doces, condimentos e frituras, além do uso de margarina e sucos com açúcar. Observa-se inadequação na distribuição dos macronutrientes e ingestão insuficiente de alimentos fontes de fibras, o que pode comprometer o ganho de massa magra e a qualidade da composição corporal. O consumo hídrico relatado (3 L/dia) está adequado.

**P (plano/prescrição)**– Foi elaborado plano alimentar de 2356 kcal/dia, conforme Harris-Benedict (1984), caracterizado como dieta normocalórica, com distribuição normoproteica (23%), normolipídica (23%) e normoglicídica (54%), segundo recomendações da DRI (2002). A conduta inclui redução do consumo de gorduras saturadas e açúcares, incentivo ao uso de gorduras benéficas e aumento da ingestão de fibras por meio do consumo regular de frutas, verduras e legumes. Foi orientado o fracionamento adequado das refeições, com atenção especial à refeição pré e pós-treino, visando otimizar o ganho de massa muscular e a recuperação tecidual.

Recomenda-se a manutenção da hidratação com 3 L de água por dia e a continuidade da prática regular de musculação.

### **Estudo de caso 15**

**S (subjeto)**– O paciente J. F. C. M., 22 anos, casado, sem filhos, professor. Procurou atendimento com o objetivo de realizar reeducação alimentar e promover perda de peso. Relata histórico de ganho ponderal progressivo desde a infância, com agravamento acentuado durante a pandemia, chegando atualmente a cerca de 150–155 kg. Refere episódios de nictúria, fadiga e cansaço. Possui dentição completa, sem dificuldades mastigatórias, e nega alergias ou intolerâncias alimentares. Apresenta aversão a maxixe e jiló. Nega tabagismo e faz uso ocasional de bebida alcoólica. Informa histórico familiar de doenças cardiovasculares, hipertensão e obesidade entre os pais, além de diabetes e câncer entre os avós.

**O (objetivo)**– Apresenta peso atual de 155 kg, altura de 1,55 m e IMC de 51,8 kg/m<sup>2</sup>, sendo classificado com obesidade grau III. Circunferência do braço: 51 cm; circunferência da cintura: 144 cm; circunferência abdominal: 156 cm; circunferência do quadril: 140 cm; relação cintura/quadril: 1,0, indicando alto risco cardiovascular. Apresenta sinais clínicos como furúnculos nas pernas (principalmente nas coxas), manchas escurecidas no pescoço (sugerindo acantose nigricans) e retenção hídrica, o que reforça o estado inflamatório e o risco metabólico. Não pratica atividade física. A TMB foi estimada em 2526 kcal, com fator atividade de 1,2, resultando em necessidade energética total de 2695 kcal/dia para uma dieta com déficit calórico controlado. No recordatório de 24 horas, observou-se padrão alimentar irregular, com ausência do café da manhã e lanches intermediários, além de refeições com alta densidade energética e baixo valor nutricional, destacando consumo frequente de refrigerantes, alimentos ultraprocessados e baixo consumo de frutas e hortaliças. A ingestão total foi de 1765 kcal, composta por 64,1 g de proteínas (0,4 g/kg), 78,1 g de lipídios (0,5 g/kg) e 203,1 g de carboidratos (1,3 g/kg). O consumo hídrico relatado foi de aproximadamente 2 L/dia.

**A (avaliação)**– Os achados indicam obesidade grau III, com marcadores clínicos de resistência insulínica e possível esteatose hepática, evidenciada pela elevação da Gama GT. O padrão alimentar mostra baixo consumo de fibras, frutas e hortaliças, e predomínio de alimentos ricos em gordura saturada e sódio. A hidratação encontra-se abaixo do recomendado e há ausência de rotina

alimentar estruturada, o que contribui para o quadro de obesidade e possíveis alterações metabólicas. A ausência de atividade física regular agrava o quadro de risco cardiovascular e metabólico.

**P (plano/prescrição)**– Foi elaborado um plano alimentar hipocalórico de 2.695 kcal por dia, calculado pela equação de Mifflin-St Jeor (1990), com déficit energético planejado para promover redução ponderal gradual de aproximadamente 1 kg por mês. A dieta apresenta distribuição hiperproteica (29%), normolipídica (32%) e hipoglicídica (39%), respeitando os limites de adequação dos macronutrientes conforme Mifflin-St Jeor (1990). As orientações dietoterápicas incluem a reeducação alimentar com organização dos horários e fracionamento das refeições, a fim de evitar longos períodos de jejum e reduzir episódios de compulsão alimentar. Recomenda-se o aumento progressivo da ingestão hídrica, com meta de aproximadamente 5,5 litros de água por dia, considerando o peso corporal elevado e a necessidade de otimizar a função renal e linfática. Também é indicado o incremento do consumo de frutas, verduras e hortaliças, priorizando alimentos ricos em fibras solúveis para favorecer o trânsito intestinal e auxiliar na redução da glicemia e do colesterol. Deve-se reduzir o consumo de alimentos ultraprocessados, açúcares simples, bebidas açucaradas e gorduras saturadas, substituindo as fontes lipídicas por gorduras insaturadas e poli-insaturadas. Além disso, orienta-se o controle do consumo de sódio, dando preferência ao uso de temperos naturais e ervas frescas no preparo das refeições. Por fim, recomenda-se a introdução gradual de atividade física leve, com foco inicial em caminhadas e alongamentos, visando melhora cardiovascular e da mobilidade articular.

### **Estudo de caso 16**

**S (subjetivo)**– A paciente A. R. M., 23 anos, solteira, sem filhos, secretária, procurou atendimento com o objetivo de reeducação alimentar e ganho de massa muscular. Relata histórico de peso corporal estável desde a infância, mantendo-se dentro da faixa de normalidade em todas as fases da vida. Nega intolerâncias ou alergias alimentares, mas refere aversão a miúdos, banana e rabanete. Possui dentição completa, sem dificuldades mastigatórias. Faz uso de anticoncepcional oral, não fuma e consome bebidas alcoólicas eventualmente nos fins de semana. Apresenta histórico familiar positivo para doenças cardiovasculares, diabetes e câncer por parte dos avós, além de hipercolesterolemia entre os pais. Informa que realizou acompanhamento psicológico na infância. Relata pele oleosa e sonolência, mas nega outros sintomas relevantes. Refere ingestão

hídrica em torno de 2 litros de água por dia.

**O (objetivo)**– Peso atual: 57,1 kg, altura: 1,61 m, IMC de 22 kg/m<sup>2</sup>, classificado como eutrofia. Circunferência do braço: 27 cm; cintura: 69 cm; abdômen: 82 cm; quadril: 102 cm; relação cintura/quadril: 0,68, indicando baixo risco cardiovascular. Percentual de gordura corporal: 29,7%, considerado elevado segundo Pollock & Wilmore (1993). As pregas cutâneas apresentaram os seguintes valores: bicipital 17 mm, tricipital 22 mm, subescapular 17 mm e suprailíaca 19 mm. A paciente pratica musculação cinco vezes por semana, associada a 25 a 30 minutos de exercícios aeróbicos (cardio). O gasto energético foi estimado a partir da equação de FAO/WHO, (2004), resultando em TMB de 1333 kcal e fator de atividade de 1,55, totalizando uma necessidade energética de 1676 kcal/dia. A ingestão alimentar registrada indica padrão de consumo relativamente adequado em calorias, porém com baixa densidade de micronutrientes e excesso de gorduras saturadas (manteiga, frituras e carnes gordas). O consumo de frutas é limitado a três vezes por semana e o de hortaliças ocorre diariamente, porém em quantidade reduzida.

**A (avaliação)**– A paciente apresenta estado nutricional eutrófico, porém com percentual de gordura corporal elevado, o que sugere composição corporal desfavorável e necessidade de ajuste dietético para ganho de massa magra com controle de gordura corporal. A presença de anemia relatada na história clínica reforça a necessidade de atenção especial ao consumo de ferro, vitamina C, ácido fólico e vitamina B12. Os hábitos alimentares evidenciam alto consumo de gorduras saturadas e frituras e baixo consumo de fibras e vegetais verde-escuros, além de hidratação aquém do ideal para o nível de atividade física relatado.

**P (plano/prescrição)**– Foi prescrito um plano alimentar de 2.000 kcal por dia, elaborado conforme as recomendações da FAO/WHO (2004) e distribuído de forma normolipídica (26,9%), normoproteica (24,2%) e normoglicídica (48,9%), segundo as DRIs (2002). O plano tem como objetivo principal promover a reeducação alimentar e o ganho de massa muscular magra, respeitando o metabolismo individual e o nível de atividade física da paciente. As condutas propostas incluem o fracionamento adequado das refeições, com intervalos regulares e inclusão de lanches pré e pós-treino para otimizar o estímulo anabólico e favorecer a recuperação muscular. Recomenda-se o aumento do consumo de alimentos fontes de ferro heme, como carnes magras e de ferro não heme, como leguminosas e vegetais verde-escuros, sempre associados a fontes de vitamina C para potencializar a absorção. Orienta-se também a redução do consumo de gorduras

saturadas, priorizando o uso de gorduras insaturadas. Além disso, deve-se aumentar a ingestão de frutas e hortaliças variadas, visando ampliar o aporte de fibras, antioxidantes e micronutrientes essenciais. A ingestão hídrica foi ajustada para aproximadamente 2,5 litros de água por dia, considerando a prática frequente de atividade física. Foi indicada a manutenção do uso de suplementos como whey protein e creatina, conforme orientação nutricional e horários de treino.

### **Estudo de caso 17**

**S (subjeto)**– Paciente, 33 anos, amasiado, sem filhos, profissão gesseiro. Relata histórico de crise convulsiva, sob acompanhamento neurológico e uso contínuo de ácido valpróico. Queixa-se de flatulência e informa dentição incompleta, porém sem prejuízo na mastigação. Refere histórico de peso eutrófico durante toda a vida, com leve aumento de peso após acidente (queda de andaime com traumatismo craniano). Apresenta aversão alimentar a comida chinesa e intolerância à caseína. Relata consumo de hortaliças apenas uma vez por mês, frutas diariamente, ausência de óleo, açúcar, sucos artificiais, margarina e frituras. Informa consumo diário de doces, refrigerante três vezes por semana, manteiga e banha diariamente, além de condimentos em todas as refeições. Ingesta hídrica de 3 a 4 litros de água por dia. Não pratica atividade física, fuma duas vezes por semana e não consome bebidas alcoólicas. Faz uso de suplementos: whey protein de soja, creatina, ômega-3, coenzima Q10, ácido fólico, vitamina D, vitamina B12 e resveratrol. No recordatório alimentar de 24 horas, relatou consumo de 250 ml de café com adoçante (Stévia) e crepioca preparada com 4 ovos e 8 colheres de tapioca no café da manhã. Não realizou lanche da manhã. No almoço, consumiu 300 g de arroz, 200 g de músculo bovino cozido, 100 g de feijão preto, um tomate e uma laranja. O lanche da tarde também foi omitido. No jantar, relatou ingestão de 150 g de arroz, um bife de alcatra, uma concha de feijão, um tomate temperado com azeite e vinagre, dois ovos cozidos e um copo de suco de limão adoçado com Stévia. Na ceia, consumiu whey protein de soja associado à creatina e uma colher de pasta de amendoim.

**O (objetivo)**– O paciente apresenta peso de 77,9 kg, altura de 1,72 m e índice de massa corporal (IMC) de 26,3 kg/m<sup>2</sup>, classificado como sobrepeso. As medidas antropométricas mostram circunferência do braço de 31 cm, cintura de 87 cm, abdômen de 91 cm e quadril de 104 cm, resultando em uma relação cintura/quadril de 0,83, indicativa de risco cardiovascular moderado. As pregas cutâneas apresentaram os seguintes valores: bicipital 5 mm, tricipital 11 mm, subescapular 16 mm e suprailíaca 12 mm, com percentual de gordura corporal estimado em 21,5%,

considerado moderadamente alto segundo Pollock & Wilmore (1993). A taxa metabólica basal (TMB) foi de 1.775 kcal, com fator de atividade de 1,2 e gasto energético total (GET) de aproximadamente 2.130 kcal. As necessidades energéticas estimadas foram de 2.077 kcal/dia, correspondendo a 26,8 kcal/kg, com distribuição de macronutrientes de 167,5 g de proteínas (2,2 g/kg), 49,7 g de lipídios (0,6 g/kg) e 256,2 g de carboidratos (3,3 g/kg). Durante a avaliação clínica, paciente relatou ter desidrose. A ingestão total estimada foi de 181,5 g de proteínas (2,3 g/kg), 75,8 g de lipídios (1,0 g/kg) e 294,5 g de carboidratos (3,8 g/kg), totalizando 2.541 kcal, o que representa 32,6 kcal/kg de peso corporal.

**A (avaliação)**– Paciente classificado com sobrepeso (IMC 26,3) e percentual de gordura corporal moderadamente alto (21,5%), apresentando hábitos alimentares ricos em gorduras saturadas e açúcares simples e baixo consumo de hortaliças e fibras. A intolerância à caseína requer restrição de leite e derivados. A ausência de prática de atividade física associada ao tabagismo leve pode contribuir para piora do perfil metabólico. Dieta atual apresenta excesso calórico em relação à necessidade estimada (2.541 kcal ingeridas vs. 2.130 kcal necessárias), com consumo proteico elevado.

**P (plano/prescrição)**– Foi prescrita uma dieta normocalórica de 2.100 kcal por dia, calculada segundo a equação de Harris-Benedict (1919), com distribuição dos macronutrientes em 32,3% de proteínas, 21,5% de lipídios e 46,2% de carboidratos, conforme as recomendações das DRIs (2002). As condutas propostas incluem a reorganização dos horários e o fracionamento adequado das refeições, buscando promover maior equilíbrio metabólico e controle da fome. Recomenda-se a melhoria da qualidade da dieta por meio do aumento da ingestão de hortaliças e alimentos ricos em fibras, além da redução do consumo de gorduras saturadas, doces e refrigerantes. Foi orientada a restrição de leite e derivados, com substituição por alternativas vegetais livres de caseína, e o incentivo ao consumo de fontes de gorduras poli-insaturadas. Também foram dadas orientações quanto à cessação do tabagismo e à introdução gradual de atividade física leve, de forma regular e supervisionada. A ingestão hídrica deve ser mantida em 3 litros de água por dia.

### **Estudo de caso 18**

**S (subjeto)**– Paciente, 56 anos, casado, pai de um filho, profissão motorista de caminhão. Motivo da consulta: reeducação alimentar e perda de peso. Relata histórico clínico de ácido úrico elevado,

ferritina alta, colesterol alto, hipertensão arterial sistêmica e infecção bacteriana cardíaca tratada, necessitando de aplicação mensal de benzilpenicilina benzatina (Benzetacil) devido à baixa imunidade. Refere azia após o consumo de frituras, sonolência e inchaço nas mãos. Possui dentição incompleta, sem prejuízo na mastigação. Faz uso contínuo dos medicamentos Bramicar, Plenas e Alopurinol. Nega tabagismo e etilismo. Apresenta aversão alimentar à jaca e não relata alergias ou intolerâncias alimentares. Suplementa ômega-3, Ginkgo biloba e vitaminas do complexo B (B1, B6 e B12). Refere que na infância e adolescência manteve peso dentro da normalidade, atingindo 93 kg na vida adulta e reduzindo para 81 kg após dieta prévia. O paciente consome hortaliças 5x/semana, frutas 4x/semana, doces 1x/semana, frituras 1x/semana, banha e manteiga diariamente, condimentos 2x/semana e não consome refrigerantes nem sucos artificiais. Utiliza açúcar moderadamente (1 pacote a cada 2 meses), óleo 3x/semana, e relata ingestão hídrica de cerca de 3 L/dia. Não realiza atividade física regular.

**O (objetivo)**– O paciente apresenta peso corporal de 83,1 kg e estatura de 1,71 m, resultando em um IMC de 28,4 kg/m<sup>2</sup>, o que o classifica em sobrepeso segundo os critérios da OMS. As medidas antropométricas indicam circunferência do braço de 33 cm, cintura de 104 cm, abdômen de 100 cm e quadril de 100 cm, com uma relação cintura/quadril de 1,04, caracterizando risco aumentado para doenças cardiovasculares (Durnin). As pregas cutâneas apresentaram valores de 9 mm (bicipital), 10 mm (tricipital), 22 mm (subescapular) e 25 mm (suprailíaca), com percentual de gordura corporal de 28,5%, considerado alto segundo Pollock e Wilmore (1993). A taxa metabólica basal foi estimada em 1.704 kcal, com fator de atividade física de 1,2, resultando em uma necessidade energética total (GET) de 2.045 kcal/dia. Foi estabelecido um déficit calórico de 245 kcal/dia para promover perda de peso gradual e sustentável. O recordatório alimentar de 24 horas revela um padrão alimentar caracterizado por ingestão reduzida de proteínas e fibras, com predominância de carboidratos refinados e gorduras de origem animal. No café da manhã, o paciente relatou consumir dois ovos de galinha, um pão francês e 240 ml de café coado com açúcar. No lanche da manhã, ingeriu uma banana. O almoço foi composto por duas espumadeiras de arroz branco, uma concha rasa de feijão carioca, um frango empanado médio, um filé de coxão mole frito e duas colheres de seleta de legumes. No lanche da tarde, consumiu uma tangerina ponkan, e, no jantar, relatou ter comido uma crepioca preparada com um ovo e duas colheres de tapioca, acompanhada de uma fatia de queijo muçarela. A ingestão total estimada foi de 1.450 kcal, distribuídas em 76,2 g de proteínas (0,9 g/kg), 45 g de lipídios (0,5 g/kg) e 189 g de carboidratos (2,3 g/kg), correspondendo a uma ingestão energética de aproximadamente 17,4 kcal/kg,

considerada insuficiente para suprir as necessidades diárias e promover equilíbrio nutricional.

**A (avaliação)**– Paciente apresenta sobrepeso (IMC 28,4) e percentual de gordura corporal elevado (28,5%), com acúmulo de gordura abdominal e RCQ acima de 1,0, indicando risco cardiovascular aumentado. Relata sintomas compatíveis com hiperuricemia e intolerância a alimentos gordurosos, além de histórico de dislipidemia, hipertensão e hiperferritinemia, o que reforça a necessidade de controle dietético rigoroso. Apresenta hábitos alimentares com alto consumo de gorduras saturadas (banha e manteiga) e baixa ingestão de fibras e alimentos frescos. Demonstra baixo valor calórico total no recordatório em relação às necessidades estimadas, porém com má qualidade nutricional (alto teor lipídico e proteico animal).

**P (plano/prescrição)**– Foi prescrita uma dieta hipocalórica e normoproteica de 1.800 kcal/dia, elaborada com base na equação de Harris-Benedict (1919), com o objetivo de promover perda de peso gradual e melhora do perfil lipídico e metabólico. A distribuição dos macronutrientes foi ajustada conforme as recomendações da DRI (2002), sendo composta por 52,8% de carboidratos, 21% de proteínas e 26,3% de lipídios. As condutas propostas incluem a reorganização dos horários alimentares e o fracionamento das refeições em cinco a seis momentos ao longo do dia, a fim de melhorar o controle da fome e do metabolismo energético. Recomendou-se a redução do consumo de purinas, restringindo alimentos como vísceras, carnes vermelhas e frutos do mar, bem como a eliminação do consumo de bebidas alcoólicas e de produtos industrializados ricos em frutose e sorbitol, como refrigerantes, sucos artificiais, doces e balas. Orienta-se também a redução do consumo de gorduras saturadas, presentes em banha, manteiga, carnes gordas e frituras, substituindo-as por gorduras mono e poli-insaturadas, provenientes de azeite de oliva, castanhas e sementes. Além disso, é incentivado o aumento do consumo de frutas, legumes e verduras, para favorecer o aporte de fibras e antioxidantes, essenciais ao bom funcionamento intestinal e à saúde metabólica. A ingestão hídrica deve ser estimulada, com meta mínima de 3 litros de água por dia, a fim de auxiliar na excreção do ácido úrico e na manutenção da função renal.

### **Estudo de caso 19**

**S (subjetivo)**– Paciente S. M. R. N., 54 anos, casada, 1 filho, professora. Procurou atendimento com o objetivo de perda de peso e controle do colesterol. Relata sentir azia e polidipsia. Possui dentição incompleta, com dificuldade para mastigação. Apresenta inchaço nas pernas ao final do

dia, pele ressecada, cansaço e humor alterado. Refere histórico familiar de hipertensão e diabetes em pais e avós. Faz uso de losartana, não fuma e consome bebidas alcoólicas nos fins de semana. Relata aversão a frutos do mar e leite puro, sem intolerâncias alimentares conhecidas. Consome hortaliças e frutas cerca de quatro vezes por semana, frituras e condimentos duas vezes por semana, e refrigerantes a cada 15 dias. Ingesta hídrica reduzida, cerca de 1 litro por dia. Faz suplementação com ômega 3, magnésio e ginkgo biloba.

**O (objetivo)**– Peso atual: 66,3 kg; altura: 1,56 m; IMC: 27,2 kg/m<sup>2</sup> (classificado como sobrepeso). Circunferência do braço: 30,5 cm; cintura: 81 cm; abdominal: 88 cm; quadril: 103 cm; relação cintura/quadril: 0,78 (baixo risco cardiovascular). Pregas cutâneas: bicipital 27 mm, tricípital 18 mm, subescapular 17 mm, suprailíaca 35 mm. Percentual de gordura corporal: 38,6% (elevado). Não pratica atividade física. TMB: 1215 kcal; FA: 1,2; Necessidades energéticas totais: 1458 kcal. Cálculo dietético atual: 80,4 g de proteínas (1,2 g/kg), 43 g de lipídios (0,6 g/kg), 179,4 g de carboidratos (2,7 g/kg), totalizando 1400 kcal (21,1 kcal/kg).

**A (avaliação)**– Paciente com sobrepeso, histórico de dislipidemia e sintomas digestivos leves (azia e polidipsia). Alimentação apresenta baixo consumo hídrico e irregularidade no fracionamento das refeições, com ingestão reduzida de fibras e alta frequência de alimentos gordurosos e ricos em açúcar. O percentual de gordura corporal encontra-se acima dos valores recomendados, indicando necessidade de intervenção nutricional para controle de peso e melhora do perfil lipídico.

**P (plano/prescrição)**– Foi elaborado um plano alimentar de 2.000 kcal/dia, com base na equação de Mifflin-St Jeor (1990), considerando um déficit calórico de 256 kcal/dia. A dieta foi planejada de forma normocalórica, com a seguinte distribuição de macronutrientes, de acordo com as recomendações da DRI (2002): 22,1% de lipídios, 26,9% de proteínas e 51,9% de carboidratos. As orientações nutricionais incluem a redução do consumo de gorduras saturadas, dando preferência a fontes de gorduras benéficas, como azeite de oliva, abacate e castanhas. Recomenda-se também diminuir a ingestão de açúcares simples e alimentos ultraprocessados, além de aumentar o consumo de fibras por meio da inclusão de frutas, hortaliças e grãos integrais, com o objetivo de melhorar a constipação intestinal. Foi orientado o fracionamento das refeições ao longo do dia, mantendo intervalos regulares entre elas, e o aumento da ingestão hídrica para aproximadamente 2,5 litros diários, a fim de favorecer a hidratação e o bom funcionamento do organismo.

## **Estudo de caso 20**

**S (subjetivo)**– A paciente J. T. retornou à consulta referindo estar satisfeita com os resultados obtidos desde o início do acompanhamento nutricional. Relata boa adesão ao plano alimentar prescrito e manutenção dos hábitos alimentares orientados. Mantém boa ingestão hídrica e prática regular de atividade física (musculação três vezes por semana). Nega intercorrências gastrointestinais ou dificuldades em seguir a dieta.

**O (objetivo)**– A paciente apresenta peso atual de 52,5 kg, mantendo o mesmo valor da avaliação anterior, e estatura de 1,60 m, resultando em um IMC de 20,5 kg/m<sup>2</sup>, classificado como eutrofia. As circunferências corporais apresentaram leve evolução: circunferência do braço de 25 cm (anterior: 24 cm), circunferência da cintura de 66 cm (anterior: 65 cm), circunferência abdominal de 74,5 cm (anterior: 74 cm) e circunferência do quadril de 95 cm (anterior: 93 cm). A relação cintura/quadril (RCQ) foi de 0,69, indicando baixo risco cardiovascular. As pregas cutâneas apresentaram os seguintes valores: bicipital 12 mm, tricípital 13 mm, subescapular 16 mm e suprailíaca 17 mm, correspondendo a um percentual de gordura corporal de 27,1%, considerado moderadamente alto. O recordatório alimentar de 24 horas revelou o seguinte consumo: no desjejum, café com leite; na colação, uma pêra; no almoço, três colheres de arroz, três colheres de feijão e carne moída com legumes; no lanche da tarde, uma banana-maçã; no jantar, repetiu o consumo de banana-maçã, acompanhada de carne refogada, arroz e repolho. Foi orientada, ainda, a incluir o consumo de quiabo na ceia, como parte da adequação alimentar proposta.

**A (avaliação)**– A paciente apresenta manutenção do peso corporal e do estado nutricional adequado (IMC dentro da faixa de eutrofia). As medidas de circunferências corporais e pregas cutâneas demonstram leve redução de gordura corporal, compatível com a adesão ao plano alimentar e à prática de exercícios físicos. O consumo alimentar relatado mostra-se equilibrado e condizente com o plano proposto anteriormente, com bom controle de porções e ingestão adequada de proteínas e carboidratos complexos. Não há queixas clínicas ou sinais de carência nutricional.

**P (plano/prescrição)**– Recomenda-se manter o plano alimentar atual, visto que apresenta boa aceitação e resultados satisfatórios até o momento. Deve-se reforçar a importância da variação no consumo de frutas e hortaliças ao longo da semana, garantindo maior diversidade de nutrientes. É indicado manter a prática regular de atividade física, especialmente a musculação três vezes por

semana, conforme rotina atual. Além disso, orienta-se estimular a ingestão hídrica entre 2 e 2,5 litros por dia para adequada hidratação. Um novo retorno foi agendado para 30 dias, com o objetivo de realizar reavaliação antropométrica e possíveis ajustes no plano alimentar, caso necessário.

### **Estudo de caso 21**

**S (subjeto)**– Paciente T. F. L. Realizou retorno e relata dificuldade em realizar os lanches intermediários entre as refeições, referindo falta de apetite nesses horários. Demonstra interesse em adotar o jejum intermitente, justificando que se sente mais disposta e com melhor controle da fome quando realiza períodos mais longos sem alimentação. Refere rotina de trabalho estável e prática de atividade física leve (caminhada e/ou academia cerca de 60 minutos). Nega queixas gastrointestinais, tonturas ou fraquezas relacionadas ao padrão alimentar atual.

**O (objetivo)**– A paciente apresenta peso atual de 77,5 kg e estatura de 1,56 m, resultando em um IMC de 31,8 kg/m<sup>2</sup>, o que corresponde à classificação de obesidade grau I. A circunferência abdominal é de 108 cm, enquanto a circunferência do quadril é de 105,5 cm, resultando em uma relação cintura/quadril de 1,0, indicativa de alto risco cardiovascular. O percentual de gordura corporal é de 39,1%, classificado como muito alto. A paciente pratica atividade física regularmente, com duração média de 60 minutos diários. No recordatório alimentar habitual, observa-se que o desjejum é composto por 300 ml de leite, dois pães de forma e dois ovos mexidos. O almoço, realizado por volta das 13h, inclui 90 g de arroz, feijão, salada de alface e tomate e uma bife de boi. O lanche da tarde geralmente é ausente, e o jantar, realizado às 19h30, consiste em arroz (uma escumadeira), mandioca (dois pedaços médios), um espetinho de carne e aproximadamente 25 ml de molho de alho. A ceia não é realizada.

**A (avaliação)**– Os dados indicam obesidade grau I e alta adiposidade corporal, reforçando a necessidade de intervenção dietoterápica voltada à redução de peso e melhora da composição corporal. A paciente apresenta padrão alimentar hipercalórico concentrado em duas grandes refeições, com ausência de lanches e baixo consumo de vegetais e frutas. O desejo de realizar jejum intermitente pode ser benéfico como estratégia de adesão, desde que acompanhado de orientação nutricional adequada e progressiva.

**P (plano/prescrição)**– Foi proposta a readequação do plano alimentar com a inclusão do jejum

intermitente duas vezes por semana, retirando o jantar nesses dias e mantendo hidratação adequada por meio de água e chás sem adição de açúcar. Está prevista a progressão gradual da frequência do jejum, de acordo com a adaptação e resposta clínica da paciente. As orientações gerais incluem a priorização de alimentos *in natura* e minimamente processados, a manutenção de boa ingestão de líquidos durante o jejum e a garantia de aporte proteico adequado nas refeições que antecedem e sucedem o período de jejum, como ovos, carnes magras e leguminosas. Recomenda-se evitar longos períodos de jejum não planejados nos demais dias da semana e estimular a prática regular de atividade física. O retorno foi agendado para 30 dias, ocasião em que será realizada nova pesagem e avaliação da adaptação ao protocolo de jejum.

## **Estudo de caso 22**

**S (subjetivo)**– A paciente S. M. F. relata estar satisfeita com o plano alimentar, referindo boa adaptação e melhora na disposição. Menciona que conseguiu seguir as orientações nutricionais com facilidade e percebeu perda de medidas corporais desde o início do acompanhamento. Informa não sentir necessidade de alterações na dieta atual e mantém prática regular de atividade física.

**O (objetivo)**– O peso atual é de 58,5 kg, com estatura de 1,55 m e índice de massa corporal (IMC) de 24,4 kg/m<sup>2</sup>, caracterizando eutrofia. As medidas antropométricas registraram circunferência de braço de 28 cm, circunferência de cintura de 74 cm e circunferência de quadril de 84,5 cm, resultando em uma relação cintura/quadril de 0,73, o que indica baixo risco cardiovascular. As pregas cutâneas apresentaram os seguintes valores: bicipital 16 mm, tricípital 9 mm, subescapular 12 mm e suprailíaca 16 mm, totalizando um percentual de gordura corporal de 33,4%, classificado como moderadamente alto. A paciente realiza musculação três vezes por semana. Em comparação à avaliação anterior, observou-se redução de medidas e melhora na composição corporal, com manutenção da massa magra.

**A (avaliação)**– A paciente apresenta evolução satisfatória, com melhora do perfil antropométrico e manutenção do estado eutrófico. Houve redução no percentual de gordura corporal e manutenção do equilíbrio alimentar, evidenciando adesão adequada ao plano nutricional. O estado nutricional encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade.

**P (plano/prescrição)**– Manter o plano alimentar atual, visto que está promovendo resultados

positivos. Reforçar a importância da hidratação adequada, continuidade da prática de musculação e variedade alimentar com frutas e hortaliças. Reavaliação em 30 dias para monitoramento da evolução antropométrica e composição corporal.

### **Estudo de caso 23**

**S (subjetivo)**– Paciente G. G. S. realizou retorno e relata boa adesão ao plano alimentar, mantendo as refeições conforme o prescrito. Refere sentir fome após o jantar, o que indica possível necessidade de ajuste no intervalo entre as refeições. Relata também não ter se adaptado ao consumo das sementes de chia e linhaça incluídas anteriormente no plano alimentar, pedindo a retirada das mesmas.

**O (objetivo)**– O peso atual é de 67 kg, apresentando uma redução em relação à avaliação anterior (68,5 kg). O IMC é de 25,16 kg/m<sup>2</sup>, sendo classificado como eutrofia. A estatura é de 1,65 m. Observou-se redução das medidas corporais, com a circunferência abdominal passando de 93 cm para 92 cm e a circunferência de quadril de 98 cm para 95,5 cm, resultando em uma relação cintura/quadril de 0,91, indicando melhora do perfil antropométrico. O percentual de gordura corporal é de 25,9%, considerado adequado. O paciente realiza atividade física três vezes por semana, incluindo musculação e treinos em academia.

**A (avaliação)**– O paciente apresentou boa resposta ao plano alimentar inicial, com redução de peso corporal e medidas de circunferência abdominal e quadril. O IMC encontra-se dentro da faixa de eutrofia e o percentual de gordura corporal é adequado. Apesar da boa adesão, o relato de fome noturna indica a necessidade de ajuste calórico ou de distribuição das refeições.

**P (plano/prescrição)**– Foi adicionada ceia ao plano alimentar com o objetivo de controlar a fome noturna. As sementes de chia e linhaça foram retiradas devido à baixa aceitação, sendo substituídas por opções equivalentes em fibras e gorduras boas, como castanhas ou iogurte com aveia. Recomenda-se manter o acompanhamento nutricional e realizar reavaliação no próximo retorno, além de estimular a continuidade da prática regular de atividade física e a adequada ingestão hídrica.

## **EXPERIÊNCIA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

No dia 29 de setembro, no período vespertino, foi realizada uma ação de estágio em alusão à campanha Outubro Rosa, na Unidade de Saúde José Marchezi Jr. A atividade foi desenvolvida na sala de espera, com o objetivo de promover a conscientização sobre a importância da alimentação saudável na prevenção do câncer e na manutenção da saúde geral.

Durante a ação, foi feita uma breve palestra educativa voltada às pessoas que aguardavam atendimento na unidade. A conversa abordou temas como a importância do consumo regular de frutas, verduras e legumes, a redução de alimentos ultraprocessados e ricos em gorduras saturadas, bem como a necessidade de manter uma alimentação equilibrada como estratégia de prevenção de doenças crônicas e do câncer.

Em seguida, foi aplicado marcador de consumo alimentar do SISVAN, com o intuito de avaliar os hábitos alimentares dos participantes e compreender o perfil de consumo da população atendida na unidade. Essa etapa foi realizada a pedido da nutricionista Juliana, responsável técnica pelo setor de Nutrição, e teve como finalidade complementar o levantamento de informações sobre o comportamento alimentar dos usuários do SUS.

Após a atividade com o público, a equipe se reuniu na sala da nutricionista Juliana, onde foram discutidos aspectos práticos da atuação do profissional de Nutrição no contexto da Estratégia de Saúde da Família e da equipe multiprofissional (eMulti). A profissional explicou sobre sua rotina de trabalho, a importância da abordagem interdisciplinar no atendimento nutricional e as estratégias utilizadas para promover educação alimentar e nutricional dentro da comunidade.

A atividade foi de grande relevância para o aprendizado, pois possibilitou vivenciar na prática a educação alimentar e nutricional em ambiente coletivo, além de compreender a importância da comunicação acessível com o público e do papel do nutricionista na promoção da saúde e prevenção de doenças no âmbito da atenção primária.

No dia 6 de outubro, no período vespertino, foi realizada uma visita domiciliar a um paciente em estado paliativo, acompanhada pela nutricionista Juliana, profissional responsável pelo setor de Nutrição da Unidade de Saúde José Marchezi Jr.

A visita teve como objetivo oferecer um atendimento humanizado, com foco no acompanhamento nutricional e nos cuidados voltados à manutenção do conforto e da qualidade de vida do paciente. Durante a visita, a nutricionista realizou uma conversa acolhedora com o paciente e seus familiares, buscando compreender como estava sendo a ingestão alimentar e hídrica. O paciente relatou sentir fome, mas apresentou dificuldade para engolir, resultando em uma baixa

ingestão alimentar e evidente estado de desnutrição.

Diante da situação, a nutricionista orientou a família quanto à importância de ofertar alimentos de alta densidade energética, em pequenas porções, priorizando uma dieta hipercalórica e de fácil deglutição, de modo a facilitar a aceitação e contribuir para o ganho ou manutenção do peso. Também foi enfatizada a necessidade de ofertar líquidos com frequência, para garantir uma boa hidratação.

Durante a visita, foram realizadas medições antropométricas, incluindo a circunferência da panturrilha e a altura do paciente, com o objetivo de complementar a avaliação nutricional e subsidiar o planejamento dietoterápico. Considerando o quadro clínico, foi prescrita a suplementação com whey protein, visando auxiliar no aporte proteico e na recuperação do estado nutricional.

A atividade foi uma experiência significativa no processo de formação profissional, pois permitiu compreender a importância da empatia, do cuidado integral e da atuação multiprofissional no atendimento a pacientes em cuidados paliativos. A vivência destacou o papel essencial do nutricionista não apenas na prescrição dietoterápica, mas também na promoção do conforto, acolhimento e dignidade na fase final da vida.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estágio realizado na Fasiclin e na Unidade de Saúde José Marchezi Jr. representou uma etapa essencial para minha formação como futura nutricionista, proporcionando vivências complementares que uniram teoria e prática em diferentes contextos de atuação. A experiência clínica na Fasiclin possibilitou o aprimoramento das habilidades técnicas e científicas, ampliando minha compreensão sobre o atendimento individualizado e o cuidado nutricional baseado em evidências.

Já no campo da Atenção Primária à Saúde, as ações realizadas no posto de saúde, como a palestra do Outubro Rosa, voltada à conscientização sobre alimentação e prevenção do câncer, e a visita domiciliar a um paciente em cuidados paliativos, foram momentos que despertaram uma nova sensibilidade profissional. Nessas experiências, pude vivenciar a importância da educação alimentar e nutricional como instrumento de promoção da saúde e da nutrição humanizada como parte essencial do cuidado integral.

Ambos os estágios contribuíram significativamente para o meu desenvolvimento técnico e pessoal, fortalecendo valores como empatia, ética, responsabilidade e compromisso social. Compreendi, de forma prática, que o papel do nutricionista vai muito além da elaboração de planos alimentares envolve escuta, acolhimento e a busca constante por melhorar a qualidade de vida das pessoas em diferentes fases e condições de saúde.

Concluo esta etapa com profundo sentimento de gratidão e amadurecimento, motivada a seguir aprendendo e contribuindo para uma prática profissional cada vez mais humanizada, eficaz e transformadora, comprometida com a promoção da saúde e o bem-estar da população.

## REFERÊNCIAS

- COSTA, Ana Cristina Santos; ANTUNES, Patrícia Danielle; VIEIRA, Kássia Héllen. **Intervenção nutricional nas Doenças Crônicas Não Transmissíveis: uma revisão de literatura.** Amazônia: Science & Health, Ibituruna: FASI, 2021. Disponível em: <https://ojs.unirg.edu.br/index.php/2/article/view/3373>. Acesso em: 13 out. 2025.
- DEMÉTRIO, F.; PAIVA, J. B. de; FRÓES, A. A. G.; FREITAS, M. do C. S. de; SANTOS, L. A. da S. **A nutrição clínica ampliada e a humanização da relação nutricionista-paciente: contribuições para reflexão.** Revista de Nutrição, Campinas, v. 24, n. 5, p. 743–763, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rn/a/7qmPzqdX4zcRR9X3tZjrJFh>. Acesso em: 28/04/2025.
- FERREIRA, João; LIMA, Rafael. **Aterosclerose: mecanismos fisiopatológicos e papel do colesterol LDL.** Revista Brasileira de Cardiologia, São Paulo, vol. 56, n. 4, p. 345-358, 2020.
- INTERVENÇÃO NUTRICIONAL NO TRATAMENTO DE PACIENTES OBESOS. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento.** 2016. Disponível em: <https://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/27>. Acesso em: 13/10/2025.
- MELO, Sandra; PEREIRA, Tiago; SOUSA, Lúcia. **Hipercolesterolemia e risco cardiovascular: revisão de intervenções alimentares.** Revista de Saúde Preventiva, Rio de Janeiro, vol. 15, n. 2, p. 112-127, 2019.
- OLIVEIRA, Carla; SILVA, Marcio; AMARAL, Daniela. **Efeitos da reeducação alimentar associada à atividade física sobre perfil lipídico em obesos.** Jornal Brasileiro de Nutrição Clínica, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1517-86922008000400012>. Acesso em: 13/10/2025.
- PEREIRA, C. A.; ANDRADE, F. S. **Fibras dietéticas e saúde cardiovascular: revisão de literatura.** Revista da Faculdade de Nutrição da UFRGS, Porto Alegre, v. 15, n. 1, p. 67–78, 2021. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevistaNutricao/>. Acesso em: 11/10/2025.
- RACHED, Fabiana Hanna et al. **Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose – 2025.** Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2025. Disponível em: Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose – 2025 - ABC Cardiol. Acesso em: 08/12/2025.
- RAMOS, Fernando; SANTOS, Ana. **Obesidade: consequências metabólicas e implicações clínicas.** Revista da Associação Médica Brasileira, São Paulo, ano 67, p. 123-131, 2021.
- SILVA, Juliana; OLIVEIRA, Renata; CAMARGO, Paulo. **Dieta, fibras e gorduras insaturadas no controle da hipercolesterolemia.** Nutrição & Saúde, 2022.
- SILVA, M. L.; OLIVEIRA, R. A.; SOUZA, J. P. **Efeito da intervenção nutricional associada à caminhada na melhora do perfil lipídico em adultos com dislipidemia.** Revista Brasileira de Nutrição e Saúde, v. 16, n. 2, p. 45–53, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/>. Acesso em: 11/10/2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **III Diretriz Brasileira sobre Dislipidemias e Diretriz de Prevenção da Aterosclerose do Departamento de Aterosclerose da SBC.**

Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 88, supl. 1, p. 2–19, 2007. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/abc/>. Acesso em: 11/10/2025.

TELINO DE LACERDA, Rafaela Souza; MACHADO, Patrícia Maria de Oliveira. **Atenção nutricional no enfrentamento da obesidade na Atenção Primária à Saúde:** proposta de

modelo avaliativo. Saúde Debate, Rio de Janeiro, vol. 49, n. 144, 2025. Disponível em:

<https://www.scielosp.org/article/sdeb/2025.v49n144/e9435/>. Acesso em: 13/10/2025.



CONTROLE DE FREQUÊNCIA DIÁRIO

Estagiário: Jamara Paula da Costa

Data	Horário Entrada	Horário Saída	Horas totais (hh:mm)	Rubrica Estagiário	Rubrica Supervisor	Atividades desenvolvidas
11.08.25	18:30	22:30	04:00	Jamara	[Assinatura]	Reunião de Estágio
12.08.25	18:30	22:30	04:00	Jamara	[Assinatura]	Reuniões de Estágio
13.08.25	18:30	22:30	04:00	Jamara	[Assinatura]	Elaboração e correção de cálculos
18.08.25	18:30	22:30	04:00	Jamara	[Assinatura]	Elaboração e correção de cálculos
19.08.25	18:30	22:30	04:00	Jamara	[Assinatura]	Elaboração e correção de cálculos
20.08.25	18:30	22:30	04:00	Jamara	[Assinatura]	Elaboração e correção de cálculos
25.08.25	18:30	22:30	04:00	Jamara	[Assinatura]	Elaboração, correção, entrega de planos
26.08.25	18:30	22:30	04:00	Jamara	[Assinatura]	Elaboração e correção de cálculos
27.08.25	18:30	22:30	04:00	Jamara	[Assinatura]	Correção Foispe
01.09.25	18:30	22:30	04:00	Jamara	[Assinatura]	Elaboração de plano e correção de cálculos
02.09.25	18:30	22:30	04:00	Jamara	[Assinatura]	Elaboração de plano e correção de cálculos
03.09.25	18:30	22:30	04:00	Jamara	[Assinatura]	Elaboração e correção de cálculos
08.09.25	18:30	22:30	04:00	Jamara	[Assinatura]	Elaboração
09.09.25	18:30	22:30	04:00	Jamara	[Assinatura]	Elaboração, correção de plano, entrega
30.09.25	18:30	22:30	04:00	Jamara	[Assinatura]	Correção de cálculo e entrega
15.09.25	18:30	22:30	04:00	Jamara	[Assinatura]	Elaboração, correção de cálculo.

