

ATENDIMENTO NUTRICIONAL DOMICILIAR COM MULHERES PÓS-MENOPAUSA EM SOBREPESO E OBESIDADE DO MUNICÍPIO DE CATUÍPE-RS

*Francieli Aline Conte²,
Carolina Zanetti³,
Lígia Beatriz Bento Franz⁴,
Silamara Beatriz Steinmetz⁵,
Maurício Da Silveira Soares⁶,
Vitor Buss⁷*

Resumo

A assistência domiciliar é hoje uma importante forma de cuidado por intermédio de profissionais das áreas da saúde que, além da intervenção, dá ênfase à prevenção. Este tipo de assistência vem crescendo e sendo ofertada não somente pelo sistema particular, mas também pelo gratuito. A pós-menopausa é uma fase natural, quando uma das principais mudanças se dá pela redução dos hormônios esteroides e a cessação dos ciclos menstruais. O objetivo deste artigo é abordar o atendimento nutricional domiciliar e demonstrar a prática deste cuidado na área da nutrição. O trabalho foi desenvolvido a partir do acompanhamento mensal de mulheres em pós-menopausa com sobrepeso e obesidade do município de Catuípe-RS, das quais participaram 26 mulheres em um período de seis meses. Foram realizadas orientações nutricionais, planos alimentares, aferições de medidas antropométricas, fornecimento de receitas dietéticas e materiais informativos acerca de alguns alimentos. Os acompanhamentos mensais constataram que tais mulheres apresentaram diminuição da massa corporal, níveis de massa gorda, perímetro da cintura e mudanças de hábitos alimentares. Este estudo possui grande relevância na saúde coletiva, promovendo e recuperando a saúde e prevenindo agravos relacionados à obesidade mediante o trabalho de educação nutricional individual nos domicílios.

Palavras-chave: Pós-Menopausa. Sobrepeso. Obesidade. Nutrição.

ASISTENCIA NUTRICIONAL A DOMICILIO CON MUJERES POSMENOPÁUSICAS EN SITUACIÓN DE SOBREPESO Y OBESIDAD EN EL MUNICIPIO DE CATUÍPE-RS

Resumen

La asistencia al hogar es en la actualidad una importante forma de cuidado a través de los profesionales de las áreas de la salud que, más allá de la intervención, enfatizan a la prevención. Este tipo de asistencia ha crecido y siendo ofrecido no solo por el sistema particular, sino también por el sistema público/gratuito. La post-menopausa es una fase natural, donde uno de los principales cambios es por reducción de hormonas esteroides y el cese de ciclos menstruales. El propósito de este artículo es abordar la atención nutricional en el hogar y demostrar la práctica de este cuidado en el área de nutrición. El trabajo se desarrolló a través de seguimiento mensual de mujeres en situación después de la menopausa con sobrepeso y obesidad del municipio de Catuípe (RS), de las cuales participaron 26 mujeres por un período de seis meses. Se hicieron orientaciones nutricionales, planes de alimentación, mediciones antropométricas, recetas de dieta y materiales informativos sobre algunos alimentos. Los seguimientos mensuales encontraron que estas mujeres mostraron disminución en la masa corporal, niveles de grasa corporal, circunferencia de la cintura y los cambios en los hábitos alimenticios. Este estudio tiene una gran importancia en la salud colectiva, para la promoción y recuperación de la salud y prevención de enfermedades relacionadas con la obesidad a través de trabajos de educación nutricional individual en los hogares.

Palabras-clave: Después de la Menopausa. Sobrepeso. Obesidad. Nutrición.

¹ Trabalho pertencente ao Projeto de Pesquisa: Intervenção Físico-Funcional e Nutricional em Mulheres Pós-Menopausa com Sobrepeso e Obesidade.

² Graduanda em Nutrição pela Unijuí. Bolsista Pibic/CNPq. Departamento de Ciências da Vida. francieliconte@yahoo.com.br

³ Nutricionista. Aluna da Pós-Graduação em Nutrição Clínica pelo Instituto de Educação e Pesquisa do Hospital Moinhos de Vento. carolznntti@hotmail.com

⁴ Nutricionista. Doutora em Saúde Pública. Professora pesquisadora da Unijuí. ligiafra@unijuí.edu.br

⁵ Nutricionista residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família – Unijuí/Fumssar. silmara.steinmetz@gmail.com

⁶ Graduando de Psicologia na Unijuí. Departamento de Humanidades e Educação. sheik_mauricio@hotmail.com

⁷ Graduando em Nutrição na Unijuí. Departamento de Ciências da Vida. vitor.buss@hotmail.com

Os hábitos alimentares individuais constituem-se mediante os costumes, os grupos sociais, a cultura, o aprendizado passado entre as gerações, bem como a condição socioeconômica. No contexto atual, dissertar sobre modificações de hábitos alimentares é algo complexo, posto que interfere de forma expressiva sobre os fatores que os compõem. A educação alimentar nutricional é um dos modos pelos quais busca-se auxiliar no processo de melhora das condutas alimentares, principalmente quando estas são exacerbadas e levam os indivíduos a prejudicarem sua saúde. A forma pela qual a educação deve ser realizada é complexa e exige tempo, vínculo e força de vontade por parte dos envolvidos. Uma das formas de proporcionar maiores vínculos é por meio da assistência domiciliar.

A assistência domiciliar é, atualmente, um tema de discussão entre profissionais e administradores da área da saúde. Na Portaria CRN-3 nº 0112/2000 essa modalidade de assistência, também conhecida como *home care* (do inglês, cuidado do lar), pode ser definida como: “provedor de cuidados que fornece serviços, equipamentos e/ou produtos aos pacientes que necessitam de terapia nutricional no domicílio”, e ainda a assistência domiciliária como sendo a “assistência especializada de um profissional e/ou equipe interdisciplinar no domicílio do paciente”. A mesma portaria prevê, ainda, que o trabalho domiciliar em nutrição, visa a planejar, desenvolver e avaliar o programa de educação alimentar e nutricional do paciente e de seus familiares, promover a adesão ao tratamento prescrito, além de realizar a avaliação do estado nutricional utilizando todas as “ferramentas”, diversos métodos e técnicas. É ainda de sua competência avaliar a dieta mediante diferentes métodos e diagnosticar a sua adequação nutricional e dietoterápica, levando também em consideração o padrão alimentar, relacionando o número, tipo e composição das refeições, disciplina, restrições, preferências alimentares e aceitação do paciente.

As visitas domiciliares fazem parte do contexto do cuidado e abrangem, de forma especial, a atenção individual ou mesmo coletiva na saúde, em especial à questão nutricional, ou seja: a verificação do estado nutricional por meio de várias formas de

mensuração, como o Índice de Massa Corporal, as Dobras Cutâneas, a Análise de Impedância Bioelétrica, ou mesmo, de forma mais abrangente, a situação nutricional mediante inquéritos alimentares, como recordatório de 24 horas, registro alimentar de três dias, ou ainda questionários de frequência alimentar. Além destes, não deve ser esquecido o trabalho de atenção aos indivíduos, uma vez que o estado emocional influencia de forma pertinente na adesão ao tratamento nutricional, bem como a forma do vínculo e segurança passada aos mesmos (as).

Coelho (2013) refere muitos benefícios referentes ao cuidado dentro do lar. Entre eles: maior estabilidade emocional, diminuição do risco de infecção hospitalar, redução do estresse causado no ambiente do hospital e reforço do vínculo com a própria família, redução dos custos hospitalares e auxílio no treinamento dos familiares e no cuidado com o paciente.

Podemos ainda mencionar que o cuidado em casa pode estar dentro de outra concepção: o cuidado básico em saúde fornecido em um ambiente doméstico. Para tanto, trazemos o conceito da atenção básica proposta pela Resolução do Conselho Federal de Nutricionistas – CFN Nº 380/2005 – que diz: “conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção nos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos e o tratamento e a reabilitação”. Podemos afirmar que o enfoque de prevenção por meio do aconselhamento nutricional pode ser tão eficaz quanto o planejamento de planos alimentares, os quais fazem parte da atuação destes profissionais.

Relevante neste contexto é realizar trabalhos práticos de intervenção, principalmente relacionado ao sobrepeso, à obesidade e a seus agravos, posto que estas parecem estar relacionadas diretamente com as doenças crônicas não transmissíveis, como a hipertensão arterial, dislipidemias, aterosclerose, apneia, diabetes, problemas nas articulações, problemas nas glândulas, esteatose hepática, alguns cânceres (intestino, cólon, reto, ovários, rins, pâncreas) além de problemas sociais, como indiscri-

minação, preconceitos, baixa autoestima, sendo estes afirmados pelos autores Melo (2011) e Lessa (2013).

Este trabalho tem como objetivo abordar a importância do atendimento nutricional domiciliar e demonstrar a prática deste cuidado na área da nutrição realizado com um grupo de mulheres na pós-menopausa em sobrepeso e obesidade.

Método

Este estudo é parte integrante da pesquisa institucional “Intervenção Físico Funcional e Nutricional em Mulheres Pós-menopausa com Sobrepeso e Obesidade do Município de Catuípe – RS”, projeto aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional do Noroeste do Estado do RS, pelo parecer consubstanciado nº 115/2011.

Trata-se de um estudo de intervenção no qual a seleção da amostra foi realizada no ano de 2011 por acadêmicos do curso de nutrição da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – Unijuí – com o auxílio de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) do município de Catuípe/RS, que elaboraram uma lista com as mulheres que se encaixavam nos requisitos estabelecidos no projeto e aceitos pelo Comitê de Ética, sendo eles: estar na faixa etária de 50 a 65 anos, possuir sobrepeso ou algum grau de obesidade, e/ou perímetro da cintura elevada, estar no mínimo com um ano de amenorreia, aceitar participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A identificação e seleção para a participação das mulheres que se encaixava no “perfil” era feita diretamente nos domicílios das mesmas, acompanhadas pelas ACSs.

A partir da identificação, seleção e participação das mulheres ao longo dos períodos, houveram algumas perdas por recusa, mudança de cidade, desistência em algum momento da intervenção, ou por possuir idade acima de 65 anos. No total participaram da pesquisa 26 mulheres, com idades

entre 50 e 65 anos na pós-menopausa, portadoras de sobrepeso/obesidade e medida de circunferência abdominal elevada.

Foram realizadas visitas mensais entre os meses de junho e novembro de 2012, por duplas, nos domicílios das mulheres. As visitas eram agendadas previamente por telefone. A cada visita realizada eram coletadas medidas antropométricas e de composição corporal para o acompanhamento do estado nutricional. Realizou-se um inquérito alimentar na primeira visita e, a partir deste, foram elaborados planos alimentares individuais a cada uma das mulheres, de acordo com as necessidades energéticas e os hábitos alimentares pessoais. Trabalhou-se, ainda, com orientações nutricionais e receitas de preparações saudáveis. Cada uma das mulheres recebeu uma Cartilha no primeiro encontro, na qual eram anotadas as avaliações antropométricas mensais.

A avaliação do estado nutricional foi realizada por meio da aferição do peso da massa corporal, estatura, circunferência abdominal (CA) o percentual de gordura. Os equipamentos utilizados foram: para a verificação da estatura fita métrica de material não-elástico fixada em parede sem rodapés por meio de fitas adesivas, e esquadro de madeira; para o perímetro da cintura fita métrica; para o peso da massa corporal uma Balança de Precisão Britânica, modelo Balança Pessoal Corpus, com a qual também se verificava o percentual de gordura. A classificação do estado nutricional pelo índice de massa corporal-IMC e perímetro da cintura-PC foi realizada segundo referências da Organização Mundial da Saúde (OMS), 1995/1997, e para o IMC para mulheres com 60 anos e mais de idade utilizou-se os pontos de corte de *The Nutrition Screening Initiative* (1994). A classificação da composição corporal pelo percentual de gordura foi realizada utilizando-se os parâmetros contidos no manual da balança.

Na primeira visita foram feitas as aferições das medidas antropométricas, além de um questionário sobre os hábitos alimentares. Os resultados eram

arquivados em fichas próprias das pesquisadoras e também na Cartilha, e este procedimento se repetiu nas demais visitas.

No segundo atendimento, além das verificações antropométricas, foi realizado um recordatório alimentar de 24 horas, juntamente com orientações para as mesmas sobre o que deveria ser mudado e quais as possíveis alterações que seriam feitas na elaboração de um plano alimentar, de acordo com a realidade e as suas preferências alimentares.

Para a elaboração do plano alimentar foi utilizado, como instrumento de apoio, o *software Dietpro*. Foi calculado o Valor Calórico Total (VET) de cada uma das mulheres e estimada posteriormente uma redução de 500 a 1.000 calorias do VET (Lysen; Israel, 2012) considerando o estado nutricional de cada mulher, a fim de não prejudicar a saúde e proporcional bem-estar para o seguimento do plano alimentar, sem a necessidade de as mesmas passarem fome. Junto aos planos foram anexadas listas de substituição de alimentos com o respectivo grupo alimentar (grupo dos cereais, hortaliças, frutas, leguminosas, carnes e ovos, leites e derivados, óleos e doces) e as porções a serem realizadas, conforme a distribuição na lista, com a finalidade de que cada paciente não se alimentasse de forma monótona, além de terem um material de apoio para saber com que deveria ou não se alimentar, bem como qual poderia ser a substituição de uma determinada preparação proposta no plano alimentar. Na entrega dos planos alimentares foram explicadas todas as refeições e todos os alimentos contidos em cada um, além de como utilizar a lista. Foram ainda esclarecidas demais dúvidas a respeito de como realizar a dieta, além de uma atenção especial para que houvesse a adesão das mesmas ao plano.

Na quarta visita (setembro), as mulheres foram questionadas acerca da adesão à dieta, o que foi possível seguir, o que não foi seguido e os “porquês”, além de questionamentos quanto a possíveis dificuldades. Para aquele mesmo mês, foram elaboradas algumas receitas e também um pequeno material de apoio sobre o benefício das fibras como a aveia e a linhaça, considerando que as receitas

continham estes ingredientes (um deles pelo menos ou ambos). Houve também a entrega de receitas especiais para as pacientes diabéticas.

Na visita do mês de outubro as voluntárias receberam amostras de 150g de linhaça dourada triturada pelas graduandas, com o apoio do Laboratório de Nutrição e Dietética da própria universidade. Na ocasião foram utilizados os liquidificadores e as balanças de precisão. Cada participante recebeu um pequeno cartão contendo instruções de onde e como utilizar e armazenar as sementes, bem como alguns exemplos de como poderiam ser consumidas (quais os alimentos e refeições mais apropriadas). Habitualmente foram feitos questionamentos de como estavam as dietas, se houve a introdução das fibras na alimentação e demais observações e relatos das mulheres sobre o ocorrido no mês.

Em relação à última visita foram coletadas as medidas finais para o estudo, além das últimas orientações e questionamentos sobre pontos positivos e negativos da pesquisa e sobre o modo de abordagem/atendimento realizado pelas graduandas.

Resultados

Mediante o acompanhamento mensal e individualizado das mulheres, observou-se inicialmente certa resistência por parte de algumas delas em receber pessoas desconhecidas em suas residências. Elas entenderam esta forma de intervenção como invasiva, levando em consideração a privacidade de cada uma e de seus familiares. Ao longo do período, porém, este receio foi amenizado, e as participantes passaram a depositar maior confiança no trabalho realizado em seus domicílios.

Todas as mulheres encontravam-se em sobrepeso ou algum grau de obesidade e/ou perímetro da cintura elevado com porcentuais de gordura, também elevados e ao final da intervenção conseguiram reduzir algumas destas medidas. Conforme a Tabela 1, pode ser observada a classificação do estado nutricional das mulheres adultas e idosas segundo o IMC, na qual se constata uma elevada prevalência

de sobrepeso e obesidade grau I. Verifica-se ainda na comparação entre a primeira e a última intervenção (meses de junho e novembro, respectivamente), que duas mulheres adultas saíram da obesidade Grau II, e uma mulher idosa atingiu a eutrofia.

No Gráfico 1 estão demonstradas a evolução da redução de gordura corporal, IMC e o perímetro abdominal, entre os meses de julho a novembro. Pode ser dada uma atenção especial aos valores de redução da cintura e dos percentuais de gordura (apesar de pouco significativos). A redução média do IMC ao final da intervenção foi pequena, posto que a média de perda de peso foi de apenas 2,6 quilogramas ao longo dos seis meses. Percebe-se, na comparação entre junho e novembro, a redução de 2,02 cm para a cintura, 1,63% a menos de gordura e apenas 0,39 Kg/m² para o IMC.

Apesar das pequenas variações entre as variáveis, podemos afirmar que os principais resultados se deram no relato de mudanças quanto à redução da frequência de consumo ou restrição de alguns alimentos, como refrigerantes, frituras, doces, condimentos artificiais (Sazon®, caldo de carne, sucos artificiais, maionese industrializada, entre outros), o que propiciou melhorias nos hábitos alimentares como a realização de cinco a seis refeições diárias, sendo três principais, dois lanches e a ceia, uma vez que realizavam, anteriormente, apenas as três refeições principais, ou deixavam de realizar o café da manhã e/ou jantar. Além disso, muitas adotaram a aveia e linhaça em suas refeições, bem como aumentaram o consumo de água.

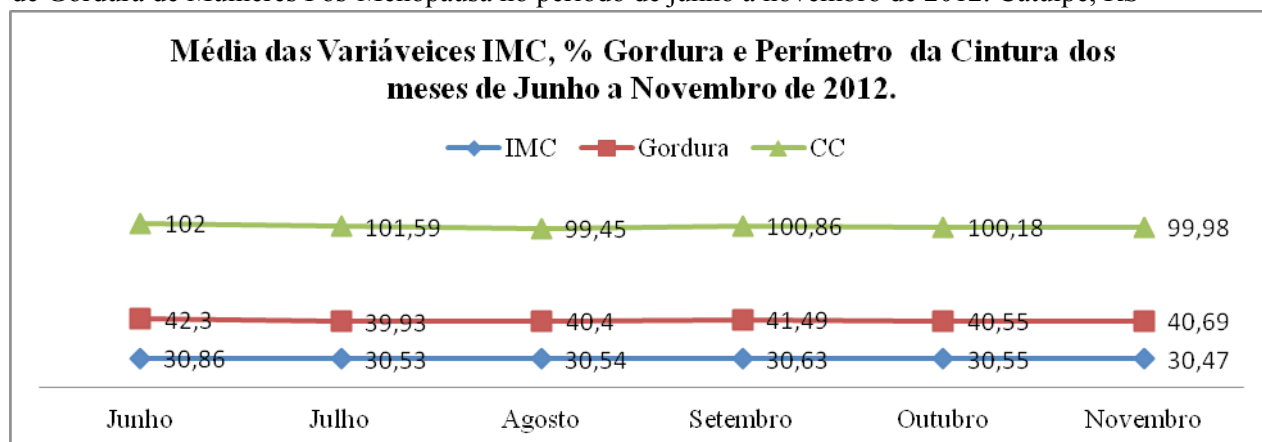
Nos acompanhamentos eram relatados os dias atípicos, como finais de semana, feriados, viagens, visitas de familiares, nos quais geralmente ocor-

Tabela 1 – Distribuição da população de estudo quanto ao estado nutricional classificado pelo Índice de Massa Corporal – IMC, nos meses de junho e novembro. Catuípe, RS. 2012.

Classificação IMC	JUNHO		NOVEMBRO	
	ADULTAS n (%)	IDOSAS n (%)	ADULTAS n (%)	IDOSAS n (%)
Eutrofia	1 (5,5)	2 (28,5)	1 (5,5)	3 (42,8)
Sobrepeso	7 (38,8%)	5 (71,4)	7 (38,8)	4 (57,1)
Obesidade grau I	6 (33,3%)	-	8 (44,4)	-
Obesidade grau II	3 (16,6%)	-	1 (5,5)	-
Obesidade grau III	1 (5,5%)	-	1 (5,5)	-

Fonte: Banco de dados da pesquisa.

Gráfico 1 – Distribuição dos valores de Circunferência Abdominal, Índice de Massa Corporal e Percentual de Gordura de Mulheres Pós-Menopausa no período de junho a novembro de 2012. Catuípe, RS



riam excessos alimentares e, posteriormente, estes serviam como apoio para suas justificativas de não terem reduzido peso. Relatavam o uso de medicamentos corticoides e a não prática de atividade física e problemas familiares, entre outros, como os principais fatores interferentes na pequena perda de peso, ou mesmo ganho (em alguns casos).

Discussão

Encontram-se maiores dificuldades na perda de peso em mulheres na fase adulta-idosa, pois o estado de pós-menopausa acarreta muitas mudanças psicopsíquicas por haver modificações dos níveis hormonais. Com a redução do estrogênio, os sinais e sintomas mais observados são as ondas de calor, a redução da energia, e ainda alguns problemas relacionados aos ossos, cérebro e coração. O decréscimo do estrogênio tem como seus principais agravos a sarcopenia, e diminuição do colesterol HDL, o aumento do colesterol total e LDL, redução da memória e o aumento dos tecidos gordos, segundo Dodd et al. (2013).

A alimentação adequada permite que muitos dos fatores relacionados anteriormente sejam amenizados, posto que certos alimentos possuem influência sobre os hormônios, entre eles a soja e a linhaça, compostas por isoflavonas (as quais previnem e atenuam os sintomas da menopausa, se consumidos ao longo da vida), como afirmam Pinheiro e Casé (2009). O Guia Alimentar para a População Brasileira, promovendo a alimentação saudável (Brasil, 2008) e os Dez Passos da Alimentação Saudável para Adultos (Brasil, 2013), são algumas das ferramentas de apoio que auxiliam as pessoas, de modo geral, a melhorarem os seus hábitos alimentares. Estes materiais, quando conhecidos pela população e seguidos devidamente, auxiliam no processo de melhora dos hábitos alimentares.

Um estudo experimental envolvendo mulheres em pós-menopausa, referente à população de estudo no ano de 2011, realizado por Basso, Predigli e Kal (2011) verificou o estado nutricional de 27 mulheres, com idades entre 50 e 65 anos, e constatou a prevalência de sobrepeso entre 66,7% e obesidade de 7,4%. Além destes, segundo a classificação do

perímetro da cintura, 92,6% das pesquisadas tiveram como classificação risco muito elevado para problemas cardiovasculares ($PC \geq 92$).

Mota et al. (2011) referem que a composição corporal acima dos parâmetros desejáveis está diretamente relacionada às anormalidades metabólicas e risco elevado para as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Além da composição corporal, o próprio IMC e o perímetro da cintura são bons indicadores para o prognóstico de morbidades e mortalidade referentes aos agravos crônicos. Desta maneira, relacionamos a amostra desta população de mulheres pós-menopausa, portadoras de sobrepeso ou obesidade ou perímetro da cintura e gordura corporal elevada, como sendo uma população com alto risco para as comorbidades como a pressão arterial, diabetes mellitus, doença coronariana e desgaste ósseo.

O cuidado em domicílio deve ser fornecido principalmente para as populações mais carentes, cujo trabalho necessita ser voltado para a educação alimentar individual. A assistência domiciliar, sem dúvida, é uma realidade de trabalho que pode ajudar a sanar parte da deficiência encontrada na assistência à saúde do país. Resgatou-se a grande importância do cuidado prestado no domicílio e de um profissional de saúde atuante em todos os níveis de assistência. Com essa modalidade, o profissional pode proporcionar, de acordo com Fabrício et al. (2004), não apenas cuidados ao paciente, mas também realizar um intenso trabalho de educação com cuidadores e/ou familiares, tornando-os aptos e seguros para a continuidade do cuidado.

De modo genérico, o atendimento domiciliar foi eficaz na redução de perdas por falta de tempo, transporte e outros. Também possibilitou a dedicação de um tempo maior destas mulheres em receber o atendimento e, em alguns casos, houve a atenção também de familiares durante as consultas.

Conclusão

A partir do trabalho realizado, verificamos que o atendimento do tipo “domiciliar” foi um método eficiente ao se tratar da melhoria da alimentação

de mulheres na pós-menopausa, a redução do sobrepeso e a obesidade destas, assim como a mudança de alguns hábitos alimentares. O período de intervenção, entretanto, foi curto, posto que implica mudanças significativas na vida dessas mulheres, como, por exemplo, sua alimentação, o que provoca resistência no início do tratamento por parte das pesquisadas.

Outro ponto imprescindível é a necessidade de que haja interesse claro e objetivo dos indivíduos que recebem o atendimento domiciliar, bem como o entendimento das causas e das finalidades da intervenção realizada. Caso contrário, os resultados obtidos não serão conforme os desejados/esperados.

No acompanhamento do presente trabalho encontramos algumas dificuldades. Entre elas o deslocamento, pelo fato de o estudo ser em outro município. Tivemos ainda dificuldades no agendamento, uma vez que algumas participantes nem sempre tinham disponibilidade de nos receber nas datas agendadas, fazendo-se necessário algumas visitas “específicas” para uma ou duas mulheres, ou em horários especiais, como ao meio-dia ou à noite. Houve ainda dificuldades em encontrar alguns domicílios, pois algumas ruas não eram identificadas assim como a enumeração de algumas residências.

As dificuldades relatadas fazem parte do contexto das pesquisas de modo geral. Mediante esta afirmativa, percebemos a importância do trabalho realizado, considerando que o acesso à informação e próprio sistema de saúde para muitas destas mulheres, é distante e sem meio de transporte. O acompanhamento e monitoramento mensal permitem não apenas avaliar as medidas corporais e diagnosticar fatores de risco, mas auxiliar no processo de melhoria de qualidade de vida e de apoio às mulheres portadoras de algumas patologias, mediante o cuidado por meio da alimentação, além de promover a redução do peso e gordura corporal, propiciando a diminuição dos fatores condicionantes para as doenças crônicas não transmissíveis.

Referências

ANDRADE, E. C.; URTIGA, D. C.; LIMA, F. M. R. A atuação do profissional da saúde no serviço de “Home Care”. *Portal Educação – 2008*. Disponível em: <<http://www.portaleducacao.com.br/medicina/artigos/4455/aatuacao-do-profissional-da-saude-no-servico-de-home-care>>. Acesso em: 18 dez. 2012.

BASSO, S.; PREDIGER, F.; KAL, J. Avaliação do estado nutricional em mulheres pós-menopausa com síndrome metabólica. *Revista Contexto & Saúde*, Ijuí: Ed. Unijuí, v. 10, n. 20, 2011. Disponível em: <<https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/1651>>. Acesso em: 23 nov. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável*. 1. ed. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, DF. 2008. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2008.pdf>. Acesso em: 27 nov. 2013.

_____. Ministério da Saúde. *Dez passos da alimentação saudável para adultos*. Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição. Disponível em: <<http://www.unifal-mg.edu.br/ru/dicaseartigos/dezpassos>>. Acesso em: 28 nov. 2013.

COELHO, A. *Home Care*. São Paulo. 2013. Disponível em: <<http://www.alessandracoelho.com.br/home-care.htm>>. Acesso em: 21 nov. 2013.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. CFN. 3ª Região, SP – PR – MS. *Portaria CRN-3 nº 0112/2000*. São Paulo. 2000. Disponível em: <http://www.crn3.org.br/legislacao/doc/portaria_crn3_0112_2000.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2013.

_____. CFN. *Resolução CFN Nº 380/2005*. Disponível em: <<http://www.cfn.org.br/novosite/pdf/res/2005/res380.pdf>>. Acesso em: 5 jan. 2012.

DODD, Judith I. et al. Nutrição na idade adulta. In: MAHAN, I. K.; STUMP, S. E.; RAYMOND, J. L. *Krause: alimentos, nutrição e dietoterapia*. 13. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, p. 432, 2013.

FABRÍCIO, S. C. C. et al. Assistência domiciliar: a experiência de um hospital privado do interior paulista. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*,

vol. 12, n. 5, p. 721-726, set./out. 2004. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/rlae>>. Acesso em: 11 jul. 2013.

LESSA, M. Doenças ligadas à obesidade custam R\$ 488 milhões. *Portal da Saúde*. 2013. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/9905/162/doencas-associadas-a-obesidade-custam-meio-bilhao-de-reais.html>>. Acesso em: 22 nov. 2013.

LYSEN, L. K.; ISRAEL, D. A. Nutrição no controle do peso. In: MAHAN, I. K.; STUMP, S. E.; RAYMOND, J. L. *Krause: alimentos, nutrição e dietoterapia*. 13. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. p. 474.

MELO, M. E. *Doenças desencadeadas ou agravadas pela obesidade*. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica – Abeso, 2011. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/pdf/Artigo%20-%20Obesidade%20e%20Doencas%20associadas%20maio%202011.pdf>>. Acesso em: 22 nov. 2013.

MOTA, J. F. et al. Indicadores antropométricos como marcadores de risco para anormalidades metabólicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, n. 16 v. 9, p. 3.901-3.908, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011001000026&script=sci_arttext>. Acesso em: 22 nov. 2013.

PINHEIRO, A.; CASÉ, F. Flavonóides. In: DOLINSKY, M. *Nutrição funcional*. São Paulo: Roca, 2009. p. 137.

THE NUTRITION SCREENING INITIATIVE. *Incorporating nutrition screening and interventions into medical practice: a monograph for physicians*. Washington D.C. US: American Academy of Family Physicians, The American Dietetic Association, National Council on Aging Inc., 1994.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. *Physical status: the use and interpretation of anthropometry*. Geneva: WHO, 1995. 452 p. (Technical Report Series, 854).

_____. *Obesity: Preventing and managing the global epidemic*. Geneva: WHO, 2000. 5. (WHO Technical Report Series, 894).

Recebido em: 29/7/2014

Aceito em: 4/9/2014