DGS desde 1899
Direção-Geral da Saúde

INFORMAÇÃO

da Direção-Geral da Saúde

Francisco Henrique Moura George

Digitally signed by Francisco Henrique Moura George
DN: c=PT, o=Ministério da Saúde, ou=Direcção-Geral da Saúde, cn=Francisco Henrique Moura George
Date: 2016.01.07 10:49:51 Z

NÚMERO:	010/2015
DATA:	21/12/2015
ASSUNTO:	Processo Assistencial Integrado da Pré-obesidade no Adulto
PALAVRAS-CHAVE:	Pré-obesidade; Integração de Cuidados
PARA:	Profissionais das Unidades do Serviço Nacional de Saúde
CONTACTOS:	Departamento da Qualidade na Saúde (dqs@dgs.pt)

Nos termos da alínea a) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 14/2012, de 26 de janeiro, a Direção-Geral da Saúde, por proposta conjunta do Departamento da Qualidade na Saúde, da Direção do Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável, da Ordem dos Médicos e da Ordem dos Enfermeiros, divulga a seguinte:

INFORMAÇÃO

1. O Processo Assistencial Integrado da Pré-obesidade no Adulto, anexo à presente Informação, encontra-se disponível no sítio www.dgs.pt;

2. É também disponibilizada uma versão sumária em documento separado;

3. A metodologia geral de implementação dos Processos Assistenciais Integrados encontra-se resumida na Orientação desta Direção-Geral nº 002/2013 de 18/02/2013.

Francisco George
Diretor-Geral da Saúde

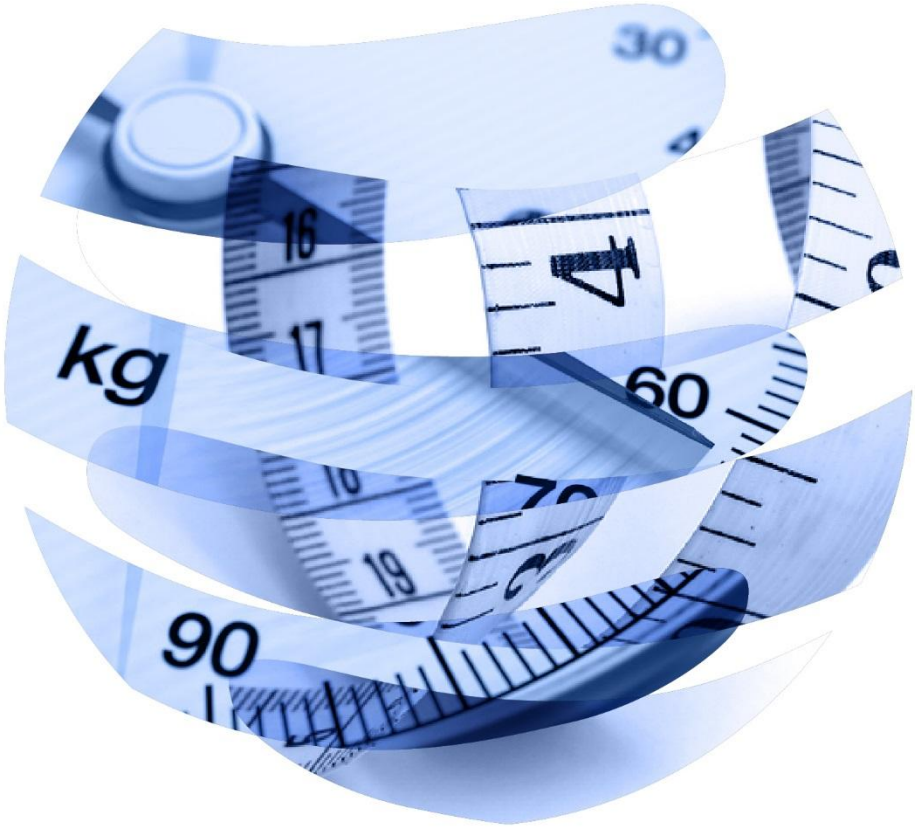
Alameda D. Afonso Henriques, 45 | 1049-005 Lisboa - Portugal | Tel: +351 21 843 05 00 | Fax: +351 21 843 05 30 | E-mail: geral@dgs.pt | www.dgs.pt

PÁGINA EM BRANCO

DGS desde 1899
Direção-Geral da Saúde

PROCESSO ASSISTENCIAL INTEGRADO DA PRÉ-OBESIDADE NO ADULTO

Departamento da Qualidade na Saúde



www.dgs.pt

GOVERNO DE PORTUGAL
MINISTÉRIO DA SAÚDE

Este documento foi elaborado de acordo com a metodologia seguida pela

Consejería de Igualdad, Salud e Políticas Sociales de la Junta de Andalucía e sob sua autorização.

http://www.juntadeandalucia.es/salud

DGS desde 1899
Direção-Geral da Saúde

PROCESSO ASSISTENCIAL INTEGRADO DA PRÉ-OBESIDADE NO ADULTO

Departamento da Qualidade na Saúde

Melhor Informação,
Mais Saúde

DGS desde 1899
Direção-Geral da Saúde

FICHA TÉCNICA

TÍTULO
PROCESSO ASSISTENCIAL INTEGRADO DA PRÉ-OBESIDADE NO ADULTO

EDIÇÃO
DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE
Departamento da Qualidade na Saúde
Alameda D. Afonso Henriques, 45
1049-005 Lisboa
Tel. 21 843 05 00
Fax 21 843 05 30
e-mail: dqs@dgs.pt
http://www.dgs.pt/

COORDENAÇÃO EXECUTIVA
Carlos Silva Vaz, Departamento da Qualidade na Saúde

COORDENAÇÃO CIENTÍFICA
Pedro Graça, Diretor do Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável
Carlos Silva Vaz, Departamento da Qualidade na Saúde

COLABORAÇÃO INSTITUCIONAL
Ordem dos Enfermeiros, Ordem dos Médicos, Ordem dos Nutricionistas, Ordem dos Psicólogos, Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo, Sociedade Portuguesa para o Estudo da Obesidade

CONTRIBUTOS, VALIDAÇÃO E REVISÃO DE CONTEÚDOS
Ângela Dias, Carlos Silva Vaz, Deolinda Chaves Beça, Hugo Sousa Lopes, Isabel Monteiro, José Camolas, Luís Matos, Pedro Graça

AGRADECIMENTOS
Bruno Sousa, Cátia Borges, Cristina Teixeira, Filipa Sabino, Júlio Rocha, Luísa Trindade, Mário Espiga Macedo, Miguel Rodrigues, Sandra Lourenço, Susana Montenegro, Teresa Amaral

A Direção-Geral da Saúde agradece, ainda, os contributos recebidos durante as várias etapas de construção do presente Processo Assistencial Integrado, de enfermeiros, médicos, outros profissionais de saúde e académicos.

ISBN 978-972-675-215-8

Ano 2014
1.ª edição (versão eletrónica)
Conceção gráfica: Syntaxe

ÍNDICE

APRESENTAÇÃO 9

1 INTRODUÇÃO 11

2 DEFINIÇÃO 19

3 EXPECTATIVAS 21

4 DESCRIÇÃO GERAL 23

5 COMPONENTES 25

6 ATIVIDADES NECESSÁRIAS 39

7 RECURSOS E UNIDADES DE SUPORTE 45

8 REPRESENTAÇÃO GRÁFICA 47

9 INDICADORES 51

10 ANEXOS 55

- Anexo 1. Roteiro de Informação à Pessoa Adulta com Pré-Obesidade 57
- Anexo 2. Expectativas do Cidadão/Cuidador e dos Profissionais de Saúde 59
- Anexo 3. Avaliação Atropométrica do Adulto 65
- Anexo 4. Disponibilidade para a Mudança_questionário 67
- Anexo 5. Guia do Processo Assistencial Integrado da Pré-Obesidade 69
- Anexo 6. Intervenção Psicológica 71
- Anexo 7. Bioimpedância 73
- Anexo 8. Recomendações sobre Atividade Física 77
- Anexo 9. Recomendações e Informação sobre Comportamentos Alimentares Saudáveis 79

11 ACRÓNIMOS E SIGLAS 87

12 BIBLIOGRAFIA 89

APRESENTAÇÃO

No cumprimento da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde e com o objetivo de oferecer cuidados de saúde de elevada qualidade aos cidadãos, a Direção-Geral da Saúde, através do Departamento da Qualidade na Saúde (DQS), iniciou a publicação de Processos Assistenciais Integrados (PAI) relativamente a diversas alterações do estado de saúde, doenças agudas e doenças crónicas.

Os Processos Assistenciais Integrados colocam o cidadão, com as suas necessidades e expectativas, no centro do sistema de saúde. A continuidade assistencial e a coordenação entre os diferentes níveis de cuidados, são reconhecidos como elementos essenciais para garantir que o doente recebe os melhores cuidados de saúde, atempados e efetivos.

A abordagem por Processos Assistenciais Integrados é multidisciplinar, integral e integrada, que pressupõe a reanálise de todas as atuações de que o doente é alvo em qualquer ponto do Serviço Nacional de Saúde, do início ao fim do processo assistencial. Por outro lado, as atividades assistenciais baseadas na melhor evidência científica disponível, respeitam o princípio do uso racional de tecnologias da saúde e orientam a adoção de atuações terapêuticas custo-efetivas, ao mesmo tempo que se garante ao cidadão a qualidade clínica, que é consagrada como um dos seus principais direitos.

Pretende-se proporcionar a mudança organizacional, com base no envolvimento de todos os profissionais implicados na prestação de cuidados, acreditando na sua capacidade e vontade de melhorar continuamente a qualidade e de centrar os seus esforços nas pessoas.

Os PAI são, ainda, uma ferramenta que permite analisar as diferentes componentes que intervêm na prestação de cuidados de saúde e ordenar os diferentes fluxos de trabalho, integrando o conhecimento atualizado, homogeneizando as atuações e colocando ênfase nos resultados, a fim de dar resposta às expectativas, quer dos cidadãos, quer dos profissionais de saúde.

Os PAI, que se estão a implementar em Portugal, tiveram por base o modelo conceptual concebido e implementado com êxito no âmbito do Sistema Sanitário Público da Andaluzia.

A elaboração original do PAI da Pré-Obesidade no Adulto foi realizada em cooperação ativa com a Ordem dos Médicos, a Ordem dos Enfermeiros, a Ordem dos Nutricionistas, a Ordem dos Psicólogos, sociedades científicas e Direção do Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável, tendo em conta as suas orientações estratégicas, a evidência científica publicada e os consensos da comunidade científica e académica nacional.

A presente versão do PAI da Pré-Obesidade no Adulto será revista e atualizada em 2016.

J. Alexandre Diniz
Diretor do Departamento da Qualidade na Saúde

1

INTRODUÇÃO

A obesidade é um dos principais problemas de saúde pública no mundo inteiro. Pelo número de pessoas que atinge, pelas doenças que aparecem ao seu redor e que são claramente influenciadas pelo excesso de gordura corporal, pelo facto de atingir cada vez mais os desprotegidos socialmente e, ainda, por ser tão difícil de tratar.

Trata-se de uma doença com uma taxa de insucesso elevado no tratamento, em especial nas fases adiantadas da doença e com custos progressivamente mais elevados à medida que a doença se instala e agrava.

A pré-obesidade representa um enorme desafio ao sistema de saúde dado o número muito elevado de pessoas portadoras de pré-obesidade, as quais neste momento poderão estar a ser monitorizadas através de metodologias relativamente heterogéneas, sem possibilidade de verificação quanto à sua eficácia. A intervenção por equipas diversificadas e multidisciplinares, consoante os recursos localmente disponíveis, é indispensável. No entanto, torna-se necessário utilizar metodologias atualizadas e homogéneas, que possam ser comparáveis no tempo em termos de resultados e de afetação desses mesmos recursos.

O excesso de peso (pré-obesidade e obesidade) influencia o aparecimento e desenvolvimento de múltiplas patologias (como exemplos citam-se a osteoartrite, os cancros do cólon e da mama, a diabetes *mellitus* tipo 2, o enfarte de miocárdio, as doenças isquémica cardíaca ou hipertensiva), o que justifica que os serviços de saúde assegurem uma intervenção adequada e padronizada no seu correto diagnóstico, tratamento e monitorização clinica.

Obesidade no Mundo e em Portugal

A obesidade e pré-obesidade são definidas como condições em que existe uma acumulação anormal e/ou excessiva de massa gorda corporal, podendo resultar num agravamento do estado de saúde dos indivíduos.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), ambas são diagnosticadas através do cálculo do índice de massa corporal (IMC), que se obtém dividindo-se o peso pelo quadrado da estatura (IMC=peso/estatura^2). Um valor de IMC entre 25,0 e 29,9 kg/m^2 significa um estado de pré-obesidade, enquanto um IMC igual ou superior a 30,0 kg/m^2 confere um diagnóstico de obesidade. O IMC apresenta algumas limitações, sendo que, apesar de ser considerado o melhor marcador isolado de excesso de massa gorda corporal a nível populacional, não tem em linha de conta o género, a idade nem a composição corporal dos indivíduos.

Para além deste marcador de pré-obesidade e obesidade, têm sido utilizados outros, nomeadamente o perímetro da cintura (PC), que é utilizado como estimador de gordura visceral. A acumulação de gordura nesta região associa-se a risco para a saúde, em particular no desenvolvimento de doenças cardiovasculares, diabetes, hipertensão arterial, cancro, entre outras, daí a utilização muitas vezes, e de forma isolada, do perímetro da cintura como marcador deste excesso de gordura. Apesar do facto do aumento da gordura corporal ter implicações para a saúde e bem estar, a presença de aumento da gordura corporal não implica necessariamente ou prediz com rigor problemas graves de saúde, razão pela qual os profissionais de saúde deverão diagnosticar toda a co-morbilidade que acompanhe a pré-obesidade (no caso da obesidade, veja-se, como exemplo, o esquema de graduação da obesidade proposto pela Universidade de Edmonton). Finalmente, o perímetro da cintura pode sofrer influência da estatura da pessoa, pelo que não ter em linha de conta este parâmetro antropométrico diminui o valor deste indicador.

Alguns trabalhos de revisão apontam um novo indicador antropométrico, que corresponde ao quociente perímetro da cintura/estatura. Quando este rácio é superior a 0,5, considera-se que existe um risco acrescido para a saúde, relacionado com o aparecimento de doenças crónicas não transmissíveis.

Em Portugal existem cerca de 3,5 milhões de pessoas com pré-obesidade e cerca de 1,4 milhões de pessoas com obesidade, entre os 18 e os 65 anos. Estes números são graves,

colocando Portugal a meio da tabela a nível mundial, superado pelos EUA, Grécia, Alemanha, Reino Unido, Austrália, entre outros. Em todo o caso, a pré-obesidade e a obesidade constituem a quinta causa de morte a nível mundial, responsáveis por 2,4 milhões de mortes entre adultos por ano. Acresce ainda que 44% dos casos de diabetes, 23% dos casos de doença isquémica e entre 7 e 41% dos casos de cancros são atribuíveis à obesidade e pré-obesidade.

Epidemiologia

A obesidade apresenta-se como um dos mais sérios problemas de saúde pública quer no espaço europeu quer no resto do mundo. A sua prevalência triplicou, em muitos dos países europeus, desde 1980. Cerca de 20 % da população europeia é considerada como obesa e estes valores são particularmente preocupantes entre as crianças e nos estratos socioeconómicos mais desfavorecidos. A taxa de crescimento desta doença tem-se mantido constante, acrescentando 400 mil crianças por ano, aos já existentes 45 milhões de crianças com excesso de peso. Este valor é 10 vezes superior ao registado em 1970.

A obesidade é um dos maiores problemas de saúde pública em Portugal, encontrando-nos numa das posições mais desfavoráveis do cenário europeu, com mais de metade da população com excesso de peso e sendo um dos países do espaço europeu onde é maior a prevalência de obesidade infantil, já que 30 % das crianças portuguesas apresentam excesso de peso e mais de 10 % são obesas (Castro *et al*., 1998; Do Carmo *et al,* 2008). Segundo dados de um recente estudo epidemiológico realizado a nível nacional sobre a obesidade em adultos, a prevalência de pré-obesidade (valores de IMC entre os 25,0 e 29,9 Kg/m^2) é de 53,3 % em homens e de 27,8 % em mulheres. Ainda segundo este estudo, a prevalência de obesidade para valores de IMC entre os 30,0 e 39,9 Kg/m^2 é de 10,9 % em homens e de 9,5% em mulheres e para valores de IMC superiores ou iguais a 40 Kg/m^2 é de 0,3 % nos homens e de 0,9 % nas mulheres (SPCNA, 2009). Outro estudo mais recente na população adulta portuguesa apresenta como prevalência de pré-obesidade, dos 18-64 anos, de 46,7% no homem e de 38,1% na mulher; a prevalência de obesidade foi de cerca de 20% em ambos os sexos (Sardinha *et al,* 2012).

A dimensão do problema, na sua prevalência e incidência, enfatiza-se quando se atenta ao número de crianças afetadas com sobrecarga ponderal (pré-obesidade e obesidade), que se estima em 36,2 % nas crianças do sexo masculino com idades compreendidas entre os 2-5 anos e de 34,8 % nas crianças do sexo feminino com idades compreendidas entre os 2-5 anos,

utilizando os critérios da OMS (SPEO/Plataforma contra a Obesidade, 2009). O mesmo estudo revelou ainda valores muito preocupantes nos adolescentes com idade compreendida entre os 11 e 15 anos, face ao maior risco de se tornarem adultos obesos. Entre os adolescentes do sexo masculino, apresentavam sobrecarga ponderal 35,3%, já no sexo feminino a prevalência observada foi de 32,7% (SPEO/Plataforma contra a Obesidade, 2009).

A OMS estima que, na Europa, a proporção de casos de doenças crónicas atribuíveis ao valor elevado de IMC (superior a 25kg/m^2) em adultos com idade superior a 30 anos seja, para doenças como a diabetes tipo 2, de 78% para o sexo masculino e 84 % para o sexo feminino, ou, no caso da hipertensão arterial, de 56% e 50%, respetivamente (OMS, Europa, 2007).

Causas e consequências da obesidade

Estilos de vida sedentários e baixo nível de atividade física têm um impacto importante nesta situação mas a alimentação é um fator muito relevante.

A raiz do problema relaciona-se com a rápida transição social e económica, acompanhando a transição epidemiológica e nutricional. Os fatores ambientais têm sido considerados os maiores responsáveis pelo desequilíbrio energético, materializados numa dramática redução da atividade física a par das mudanças nos padrões alimentares.

A causa de obesidade e pré-obesidade resulta do desequilíbrio no balanço energético, isto é, numa sobreposição da ingesta face ao dispêndio. Globalmente, temos assistido a um aumento da ingestão de alimentos com elevada densidade energética, isto é, com elevado conteúdo em gorduras, açúcares e sal e pobres em vitaminas e minerais. Por outro lado, o decréscimo nos índices de atividade física, resultantes da crescente urbanização, sedentarismo das formas laborais e dos meios de transporte, não compensam as alterações no padrão alimentar.

As possíveis complicações que provêm do excesso de peso estão intimamente relacionadas com a distribuição de gordura no organismo e originam um conjunto de problemas a vários níveis, dando-se como exemplos:

a) metabólicas : diabetes *mellitus*, dislipidemias, hipertensão arterial, cardiovasculares, digestivos;
b) mecânicas: osteoarticulares, respiratórios;

c) psíco-sociais: perda da autoestima, depressão, ansiedade, alterações do comportamento alimentar, isolamento social e discriminação laboral.

Trata-se de um problema muito sério que tem múltiplas condicionantes. A sua solução deve passar por uma série de intervenções de caráter multissetorial, de curto, médio e longo prazo, as quais devem visar mudanças positivas na alimentação e fomentar a atividade física.

A pré-obesidade e a obesidade apresentam graves consequências, em termos de saúde, pelas morbilidades associadas, mas também na economia nacional e internacional, e na eficiência do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Assim, torna-se cada vez mais premente incentivar a sistematização de uma intervenção sobre esta matéria, com medidas de qualidade e indicadores de execução, que permitam avaliar regularmente, o que está a ser feito e o que deve ser feito, o que se pode melhorar e de que forma fazê-lo. Só assim, numa visão integrada de processos, se conseguirá reduzir o "peso" que estas condições têm na qualidade de vida e saúde das populações, bem como na sustentabilidade do próprio SNS. A integração de processos permitirá ainda o funcionamento regular de equipas multidisciplinares, que são consideradas decisivas para a prevenção e tratamento eficaz desta doença.

O tratamento da obesidade é difícil, seja pelas alterações metabólicas e adaptações do organismo a este estado, seja pelo fato de ser multifatorial e estar associada a estilos de vida difíceis de modificar. Por outro lado, quanto mais tempo a obesidade estiver instalada mais difícil será o seu tratamento. A transição da pré-obesidade para a obesidade, pode ser mais ou menos rápida. O custo para tratar de forma eficiente a população portuguesa portadora de obesidade, atualmente existente em Portugal, subirá se os casos de pré-obesidade evoluírem no sentido da obesidade. Se o sistema de saúde conseguir evitar esta transição, abrandá-la, fazer regredir pessoas com pré-obesidade para valores de normoponderalidade, através da modificação dos estilos de vida, nomeadamente os hábitos alimentares e de atividade física, os ganhos irão repercutir-se em todo o sistema de saúde, na vida destes cidadãos e no tecido económico nacional.

Com efeito, o excesso de peso também é um fenómeno económico. Os custos económicos, principalmente os gastos aumentados com os cuidados de saúde, as perdas de produtividade e a redução da esperança de vida impostas pela obesidade e pelas suas comorbilidades estão bem documentadas (Colditz, 1992; Wolfe and Colditz, 1996; Pereira *et al.,* 1999, 2000). Os gastos efetivos com cuidados de saúde, apesar de não serem estudados frequentemente

(Sturm, 2002; Finkelstein *et al.*, 2003) têm vastas implicações para a saúde individual. No período de 1998/1999 a pré-obesidade foi responsável por 4% do total dos custos efetivos com saúde. Os custos do peso excessivo, incluindo a obesidade, representaram aproximadamente 6,9% do total de despesas efetivas, comparando com 3,8% em 1995.

Em 1998/1999 as despesas efetivas do próprio cidadão com cuidados de saúde relacionados com a obesidade representaram 15,5% das despesas e 10,3% para a pré-obesidade. Neste período, uma pessoa adulta com pré-obesidade gastou anualmente, em média, mais €50 do que um adulto com peso normal, em cuidados de saúde, o que corresponde a 1,8% do seu rendimento familiar anual *per capita* líquido. O excesso estimado de despesas efetivas com saúde devido à pré-obesidade, em percentagem do rendimento familiar *per capita*, variou entre 4,3% no grupo de menor rendimento e 0,8% no grupo de rendimento mais elevado.

O aumento nos gastos atribuíveis à obesidade (60% em termos reais) e pré-obesidade (108% em termos reais) de 1995/1996 a 1998/1999, resulta do aumento da prevalência, bem como do aumento do impacto do peso excessivo nos gastos. Estes dados reforçam a importância de ter dados atualizados nesta área e de ter em conta a pré-obesidade nas políticas de saúde e económica. Embora, a nível individual, os custos da obesidade sejam substancialmente mais elevados, do ponto de vista populacional, devido à maior prevalência de pré-obesidade, estima-se que represente custos mais elevados para a economia do país.

Benefícios da perda de peso

Em sede dos benefícios da perda de peso, em pessoas obesas, uma redução de, pelo menos, 5% do peso corporal inicial, é suficiente para se conseguirem melhorias clinicamente significativas relativamente a doenças associada, nomeadamente:

a) reduções dos níveis de colesterol total, colesterol LDL e triglicéridos, e aumentos dos níveis do colesterol HDL em doentes com hiperlipidemia;
b) aumento da sensibilidade à insulina e diminuição da glicose plasmática e da concentração de insulina em doentes com diabetes *mellitus* tipo 2;
c) reduções significativas da pressão arterial em pessoas com hipertensão arterial;
d) aumento da longevidade;
e) melhoria da auto-estima e do humor.

Processo Assistencial Integrado – porquê?

É necessário orientar a prática clínica para os resultados e para a qualidade, tendo como objetivo a utilização mais efetiva dos recursos. A gestão da prática clínica, tal como definida nos PAI, apela para a reorganização dos cuidados prestados às pessoas pelo Sistema de Saúde, centrando-os no cidadão e, neste caso particular, nas necessidades e expectativas da pessoa adulta com pré-obesidade (ver em Anexo 1 o roteiro da informação à pessoa adulta com pré-obesidade) e na antecipação e planeamento integral da continuidade de cuidados.

São dois os parâmetros a considerar:
1. para quem fazemos as coisas e
2. como fazê-las corretamente.

No desenvolvimento deste PAI colocou-se especial ênfase nas atividades que se pensa poderem afetar a qualidade dos cuidados (como podem ser os problemas de registo) e nas que podem melhorar os cuidados prestados a doentes com problemas crónicos, como é o caso das consultas periódicas programadas e da sua reconvocação, no caso das pessoas que faltam.

O PAI da pré-obesidade no adulto encontra-se em consonância com os objetivos estratégicos e os principais indicadores definidos no Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS) mas tem, especificamente, um âmbito circunscrito: centra-se no circuito da pessoa adulta com diagnóstico de pré-obesidade, como é próprio do desenho geral dos PAI, tal como se descreve nos capítulos seguintes.

Deseja-se que se efetue uma leitura flexível deste documento e do que nele está definido, tendo em consideração os recursos disponíveis, para ser realizada uma melhor adaptação local com vista ao aperfeiçoamento dos cuidados de saúde prestados às pessoas com pré-obesidade. Foi assim este documento foi pensado: como material de trabalho, adaptável ao âmbito local específico de cada unidade prestadora de cuidados de saúde (consultar Orientação n.º 002/2013, de 18/02/2013).

Finalmente, refere-se que não se descurou a necessidade de o rever periodicamente para a sua atualização e melhoria contínua.

2

DEFINIÇÃO

Designação do processo

Processo de prestação de cuidados de saúde à pessoa adulta com pré-obesidade.

Definição funcional

Conjunto de atividades sequenciais destinadas ao diagnóstico precoce, confirmação diagnóstica, tratamento e monitorização clínica da pessoa adulta com pré-obesidade, garantindo a corresponsabilidade de todos os profissionais de saúde e a continuidade assistencial entre todos os níveis de cuidados de saúde: cuidados de saúde primários (CSP), cuidados hospitalares (CH) e cuidados continuados integrados (CCI).

Critérios de admissão

Pessoa adulta com diagnóstico de pré-obesidade, que apresente ambos os critérios:

1. Índice de Massa Corporal entre 25,0 e 29,9kg/m^2; e
2. Perímetro da Cintura superior a metade da estatura (perímetro da cintura / estatura > 0,5).

Em geral, a via de entrada lógica e desejável é a consulta de CSP (consultar capítulo 5).

Critérios de saída

Sendo a pré-obesidade uma situação reversível, a saída do processo ocorre após 12 meses de estabilização de ambos os valores de IMC e PC, a saber:

1. IMC <25,0 kg/m^2, e
2. PC inferior a metade da estatura.

Critérios de não inclusão

Não são incluídas no âmbito deste PAI as condições:

- idade inferior a 18 anos;
- gravidez (Ver Normas Clínicas e Orientações da DGS respetivas);
- diabetes mellitus (ver PAI respetivo);
- hipertensão arterial e dislipidemia (ver PAI respetivo);
- doença cérebro-cardiovascular (ver PAI respetivo);
- obesidade do adulto (Ver Normas e Orientações da DGS respetivas).

3

EXPECTATIVAS

As necessidades e expectativas da pessoa adulta com pré-obesidade e dos seus familiares e cuidadores, são o elemento nuclear e o ponto de partida para o desenvolvimento deste PAI.

Essas necessidades e expectativas foram identificadas através de várias fontes de informação, nomeadamente questionários de satisfação (extensamente documentados nos Processos Assistenciais Integrados da Andaluzia), sugestões, reclamações, e toda a experiência colhida do desenvolvimento dos programas nacionais, nomeadamente do Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável e grupos focais. Elas foram tidas em conta no desenvolvimento das diferentes componentes deste PAI bem como, relativamente aos profissionais de saúde que atendem a pessoa adulta com pré-obesidade, as suas próprias expectativas e necessidades, cuja satisfação condiciona a qualidade dos cuidados prestados; a compilação das principais expectativas e necessidades é apresentada de forma resumida em Anexo 2.

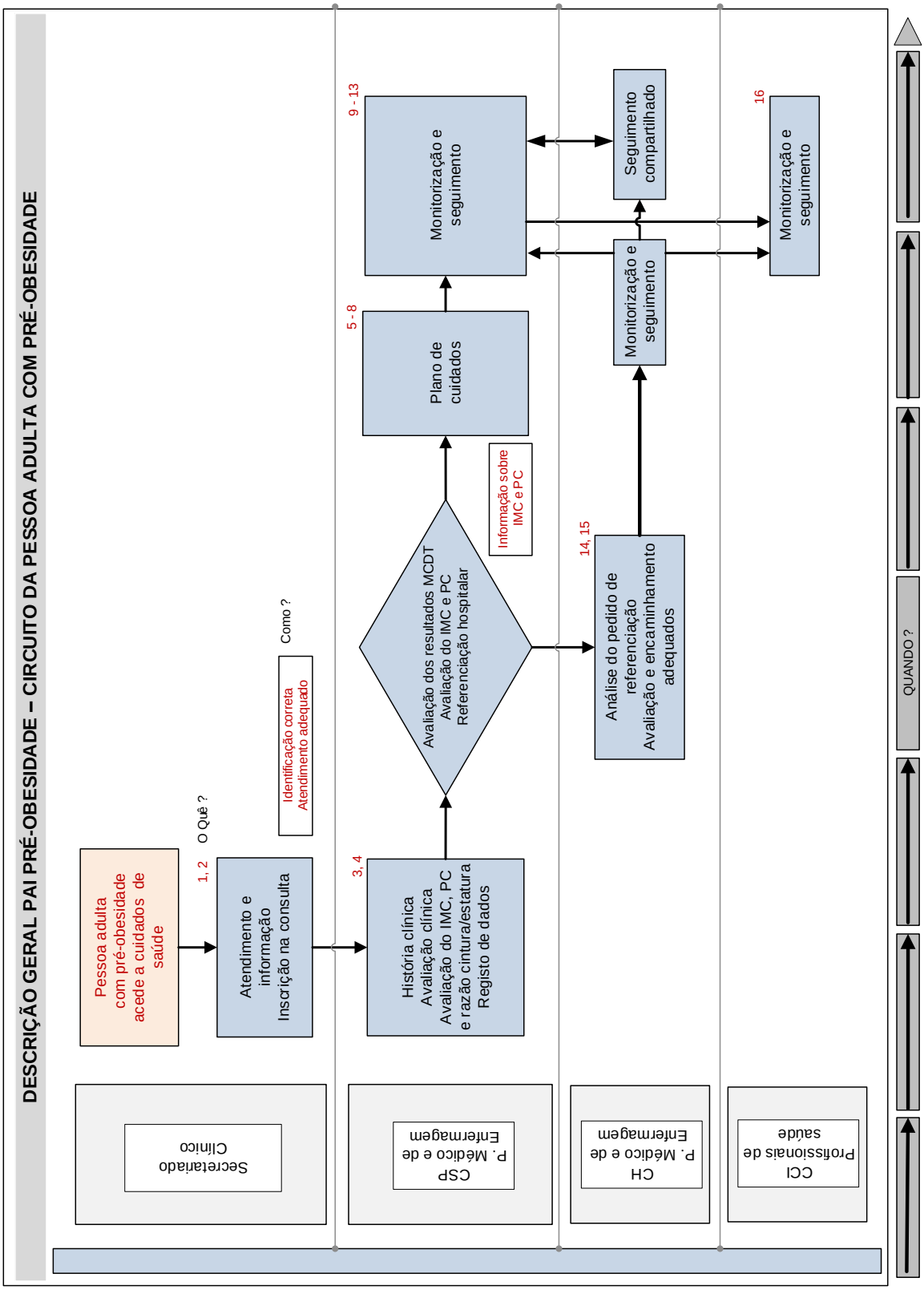
Em cada nível de cuidados ou âmbito de atuação os profissionais de saúde envolvidos deverão procurar e identificar expectativas específicas da pessoa adulta com pré-obesidade, e seus familiares, relacionadas com o momento da prestação de cuidados e o ambiente concreto em que os mesmos se desenvolvem.

4

DESCRIÇÃO GERAL

A descrição geral do PAI da pré-obesidade no adulto teve como base o **circuito da pessoa adulta com pré-obesidade** nos serviços do Sistema Nacional de Saúde, representado graficamente no esquema apresentado na página seguinte.

A sua descrição inclui os seguintes componentes: os profissionais de saúde que desenvolvem as diferentes atividades assistenciais (Quem); o âmbito ou nível de atuação (Onde); a atividade ou o serviço que se presta (O quê); as suas características de qualidade (Como) e a sequência lógica da realização das diferentes atividades (Quando).


DESCRIÇÃO GERAL PAI PRÉ-OBESIDADE – CIRCUITO DA PESSOA ADULTA COM PRÉ-OBESIDADE
Secretariado Clínico
CSP P. Médico e de Enfermagem
CH P. Médico e de Enfermagem
CCI Profissionais de saúde
Pessoa adulta com pré-obesidade acede a cuidados de saúde
1, 2
O Quê ?
Atendimento e informação Inscrição na consulta
Identificação correta Atendimento adequado
Como ?
3, 4
História clínica Avaliação clínica Avaliação do IMC, PC e razão cintura/estatura Registo de dados
Avaliação dos resultados MCDT Avaliação do IMC e PC Referenciação hospitalar
Informação sobre IMC e PC
5 - 8
Plano de cuidados
9 - 13
Monitorização e seguimento
Seguimento compartilhado
Monitorização e seguimento
14, 15
Análise do pedido de referenciação Avaliação e encaminhamento adequados
16
Monitorização e seguimento
QUANDO ?

5

COMPONENTES

Profissionais de saúde, atividades e características da qualidade

Neste capítulo descrevem-se as atividades a realizar pelos diferentes profissionais de saúde que intervêm no PAI da pré-obesidade no adulto, em cada fase do circuito da pessoa adulta com pré-obesidade ao longo de toda a história da doença.

Na descrição das atividades integram-se dimensões e elementos da qualidade considerados necessários, nomeadamente:

- Normas e Orientações relacionadas com a efetividade clínica;
- Aspetos da segurança da pessoa adulta com pré-obesidade identificados com o símbolo **Δ** nos pontos críticos do processo em que existe risco potencial;
- A informação que tem de ser prestada à pessoa adulta com pré-obesidade, seu familiar ou cuidador, pelo profissional de saúde em momentos específicos de desenvolvimento do PAI, e que, quer se trate de simples informação ou assuma caráter formativo, educativo, incluindo a educação terapêutica, identifica-se sempre com o símbolo **INF**, logo no início em cada descrição de atividade;
- As atividades clínicas, incluindo o registo clínico;
- As intervenções nutricionais e alimentares;
- Outras recomendações especiais dos peritos que elaboraram este PAI. Sempre que as mesmas constem de uma Norma ou Orientação da DGS aparecerá a expressão **NORMA** ou **ORIENTAÇÃO**, cujo conteúdo é uma referência de **leitura obrigatória, por consulta direta no sítio da DGS e na sua versão atualizada**.

De forma sequencial, e ao longo de todo o percurso da pessoa adulta com pré-obesidade, descreve-se neste capítulo Quem Faz, O Quê, Quando, Onde, Como, e, nos casos aplicáveis, Com Quê.

PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Secretariado Clínico (ADM)

Atividades	Características da Qualidade
1 Atendimento e inscrição na consulta	**1.1** A pessoa adulta com pré-obesidade é devidamente identificada **Δ** no momento da inscrição para a consulta/atendimento, para situação de urgência/internamento e o seu registo administrativo na base de dados SINUS/SONHO é realizado de forma completa e é devidamente atualizado. **1.2** **INF** A pessoa adulta com pré-obesidade (ou o seu familiar/cuidador) é atendida de forma correta e recebe todas as informações ou esclarecimentos de que necessita ou que solicita. **1.3** **INF** A pessoa adulta com pré-obesidade recebe informação do secretariado clínico sobre os procedimentos relativos a taxas moderadoras.
2 Marcação de consultas nos CSP	**2.1** Nos CSP, as consultas à pessoa adulta com pré-obesidade são marcadas de acordo com o plano individual de cuidados* acordado com a equipa multidisciplinar, por forma a minimizar a burocracia e as deslocações desnecessárias, por si ou por terceira pessoa. **2.2** **INF** A pessoa adulta com pré-obesidade é devidamente informada sobre as várias modalidades de marcação de consulta (presencialmente, via telefone, fax, e-mail ou através da Plataforma de Dados da Saúde), quer a marcação seja feita por si ou por terceira pessoa, e quer se trate de consultas a realizar na unidade de saúde ou no seu domicílio. ** Ao longo de todo o PAI entenda-se por plano individual de cuidados (ou simplesmente, plano de cuidados) o acompanhamento clínico da pessoa adulta com pré-obesidade no seu sentido mais amplo, incluindo, entre outros, a avaliação dos vários parâmetros de natureza clínica, nutricional e atividade física.*

Médico de Medicina Geral e Familiar (MF) / Enfermeiro de Família (EF)

Atividades	Características da Qualidade
3 **Consulta em Cuidados de Saúde Primários**	**3.1** A pessoa adulta que recorra a uma consulta de MF ou de EF, por qualquer motivo, e a quem seja efetuado, pela primeira vez, o diagnóstico de pré-obesidade, é marcada uma consulta, no prazo máximo de 60 dias, para avaliação e monitorização (Consulta 1, inicial, ver atividade 7.2), caso não seja possível realizá-la no momento da deteção. **3.2** À pessoa adulta com pré-obesidade é garantida a continuidade de cuidados relativa ao seu plano individual de monitorização clínica. **3.3** Toda a informação recolhida em qualquer consulta é registada no processo clínico, de forma correta e completa. **3.4** **INF** É garantida a transmissão adequada de informação clínica, entre profissionais de saúde dos CSP ou de outro nível de cuidados, de modo a assegurar a continuidade assistencial à pessoa adulta com pré-obesidade.
4 **Avaliação antropométrica da pessoa adulta com pré-obesidade**	**4.1** Na avaliação antropométrica de pessoa adulta (ver Anexo 3) considerar com pré-obesidade a pessoa que, cumulativamente, apresente: a) índice de massa corporal (IMC) entre 25,0 e 29,9kg/m2, calculado pela fórmula: peso/estatura^2; e, b) razão perímetro da cintura/estatura superior a 0,5. **4.2** Na avaliação antropométrica a estatura, o peso e o perímetro da cintura e o índice de massa corporal são avaliados e calculados nos termos da **ORIENTAÇÃO 017/2013**.
5 **Avaliação da disponibilidade para a mudança**	**5.1** A pessoa adulta diagnosticada com pré-obesidade é avaliada quanto à sua disponibilidade para a mudança de comportamento alimentar e estilos de vida, conforme Anexo 4.

Médico de Medicina Geral e Familiar (MF) / Enfermeiro de Família (EF)

Atividades	Características da Qualidade
Pessoa adulta com pré- obesidade disponível para a mudança	**5.2** Na avaliação da pessoa adulta com pré-obesidade se se confirmar estar disponível para a mudança, o MF/EF asseguram: a) prestar informação clínica sobre pré-obesidade e vantagens de ser monitorizado; b) **INF** informação sobre riscos associados à pré-obesidade; c) **INF** distribuição de informação relativa a comportamentos saudáveis contida no Guia (conforme Anexo 5); d) assegurar a participação e cumprimento do plano individual de cuidados (ver atividade 7).
Pessoa adulta com pré- obesidade não disponível para a mudança	**5.3** Na avaliação da pessoa adulta com pré-obesidade se se confirmar não estar disponível para a mudança, o MF/EF asseguram: a) **INF** informação sobre riscos associados à obesidade; b) **INF** distribuição de informação relativa a comportamentos saudáveis contida no Guia (conforme Anexo 5); c) promover a frequência de ações de sensibilização, a nível grupal/individual, no prazo máximo de 90 dias, de acordo com metodologia interna da Unidade de Saúde, em ambiente de trabalho da equipa multidisciplinar, com recurso à intervenção psicológica (ver Anexo 6); quando a pessoa adulta com pré-obesidade passa a estar motivada para a mudança, é garantido o procedimento conforme atividade 5.2. d) Em função do resultado das ações de sensibilização, referenciar a pessoa com pré-obsesidade, para intervenção psicológica individual, se estiver presente qualquer um dos seguintes critérios: i) acumulação de acontecimentos de vida indutores de stresse, com dificuldades de adaptação, nos últimos 6 meses; ii) depressão ligeira ou moderada (ver atividade 8.2).

Médico de Medicina Geral e Familiar (MF) / Enfermeiro de Família (EF)

Atividades	Características da Qualidade
6 **Classificação, registo e informação**	**6.1** A pré-obesidade é avaliada conforme atividade 4 acima descrita, sendo registada pelos profissionais de saúde, no processo clínico. **6.2** O MF codifica no processo clínico a atribuição do código "T83", de acordo com a Classificação Internacional dos CSP (ICPC) – 2ª edição, como problema ativo de saúde. **6.3** **INF** A pessoa adulta com pré-obesidade, seu familiar e/ou cuidador, recebe informação/formação, pela equipa multidisciplinar, sobre o plano individual de cuidados (ver adiante atividade 7);
7 **Plano individual de cuidados**	**7.1** Na Unidade de Saúde, os profissionais de saúde asseguram à pessoa adulta com pré-obesidade a realização de consultas de acordo com o plano individual de cuidados negociado e acordado, por forma a minimizar a burocracia e as deslocações desnecessárias, por si ou por terceira pessoa.

Médico de Medicina Geral e Familiar (MF) / Enfermeiro de Família (EF)

Atividades	Características da Qualidade
Consulta_1: avaliação inicial	**7.2** O MF e/ou EF asseguram as seguintes atividades: a) avaliação dos parâmetros antropométricos: estatura, peso e PC, conforme Anexo 3 (complementarmente, pode ser efetuada análise de bioimpedância, caso a instituição de saúde disponha de nutricionista ou outro profissional habilitado para a sua utilização/execução, conforme Anexo 7); b) avaliação de hábitos alimentares (Ver Anexo 5) e de atividade física (conforme Anexo 8); c) **INF** reforço da informação relativa a comportamentos de exercício físico e alimentares saudáveis (conforme Anexos 8 e 9); d) entrega do Guia com pedido de autoavaliação de comportamentos (alimentares e de atividade física), do peso e do perímetro da cintura (conforme Anexo 3); e) **INF** informação da necessidade de marcação da consulta de seguimento, a realizar no prazo de 90 dias. **7.3** O MF, sempre que necessário e na consulta 1, inicial: a) solicita a realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica; b) **INF** presta todos os esclarecimentos e informações adequadas a esse pedido.
Consulta_2: avaliação e acompanhamento aos 3 meses	**7.4** O MF e/ou EF asseguram as seguintes atividades: a) reavaliação dos parâmetros antropométricos: peso, estatura e PC; b) análise da autoavaliação solicitada na consulta 1, com reforço das mudanças positivas e identificação de comportamentos a melhorar; c) **INF** reforço da informação relativa a comportamentos de exercício físico e alimentares saudáveis (conforme Anexos 8 e 9). d) continuidade do preenchimento do Guia; e) **INF** informação da necessidade de marcação da consulta de seguimento, a realizar no prazo máximo de 90 dias.

Médico de Medicina Geral e Familiar (MF) / Enfermeiro de Família (EF)

Atividades	Características da Qualidade
Consulta_3: avaliação e acompanhamento aos 6 meses	**7.5** O MF e/ou EF asseguram as seguintes atividades: a) reavaliação dos parâmetros antropométricos: peso, estatura e PC. Em função desta avaliação, proceder: (i) se ocorrer manutenção ou perda de peso e PC, marcação de consulta de avaliação e acompanhamento a realizar no prazo de 180 dias (ver consulta_4); (ii) se aumento do IMC e/ou PC, referenciação para consulta de Nutrição a realizar no prazo máximo de 60 dias (ver atividade 8.1). b) análise da autoavaliação solicitada na consulta_2, com reforço das mudanças positivas e identificação de comportamentos a melhorar; c) **INF** reforço da informação relativa a comportamentos de exercício físico e alimentares saudáveis (conforme Anexos 8 e 9).
Consulta_4: avaliação e acompanhamento aos 12 meses	**7.6** O MF e/ou EF asseguram as seguintes atividades: a) reavaliação dos parâmetros antropométricos: peso, estatura e PC. Em função desta avaliação, proceder: (i) se ocorrer manutenção ou perda de peso e PC, marcação de consulta de avaliação e acompanhamento a realizar no prazo máximo de 360 dias (ver consulta_5); (ii) se aumento do IMC e/ou PC, referenciação para consulta de Nutrição, a realizar no prazo máximo de 60 dias (ver atividade 8.1). b) **INF** reforço das mudanças positivas e identificação de comportamentos no estilo de vida a melhorar; c) **INF** reforço da informação relativa a comportamentos de exercício físico e alimentares saudáveis (conforme Anexos 8 e 9).

Médico de Medicina Geral e Familiar (MF) / Enfermeiro de Família (EF)

Atividades	Características da Qualidade
Consulta_5: avaliação e acompanhamento até aos 24 meses	**7.7** O MF e/ou EF asseguram as seguintes atividades: a) reavaliação dos parâmetros antropométricos: estatura, peso e PC. Em função desta avaliação, proceder: (i) avaliar como sucesso terapêutico a presença cumulativa dos seguintes critérios: i. uma redução de peso igual ou superior a 5% ao valor do peso avaliado na Consulta_1; e, ii. IMC inferior a 25kg/m^2; e, iii. relação cintura/estatura inferior a 0,5. (ii) referenciar a pessoa adulta com pré-obesidade que não reúna os critérios de sucesso terapêutico de (i) à consulta de Nutrição. b) **INF** informação adequada relativa ao(s) motivo(s) e objetivo(s) da referenciação à consulta de Nutrição.
Consulta_6: alta	**7.8** O MF e/ou EF asseguram a alta à pessoa sob acompanhamento que cumpra, após a consulta 5, um período de estabilização de 12 meses, os seguintes critérios: a) IMC inferior a 25kg/m^2; e, b) relação cintura/estatura inferior a 0,5. **7.9** **INF** reforço da informação relativa a comportamentos sobre exercício físico e cuidados alimentares saudáveis de forma a garantir a manutenção de IMC e PC dentro dos valores normais.

Nutricionista/Dietista / Psicólogo

8 Consulta de Nutrição	**8.1** A consulta de Nutrição assegura intervenção adequada no que concerne à avaliação dos hábitos alimentares, aconselhamento e prescrição alimentar e nutricional, garantindo a continuidade de cuidados iniciada pelo MF/EF (ver atividade 7, plano de cuidados), com registo no processo clínico utilizado (sistema informático/papel).

Médico de Medicina Geral e Familiar (MF) / Enfermeiro de Família (EF)

Atividades	Características da Qualidade
Consulta de Psicologia	**8.2** A consulta de Psicologia assegura o estabelecimento de objetivos e plano de intervenção e a avaliação da intervenção, garantido a continuidade de cuidados iniciada pelo MF/EF (ver atividade 7, plano de cuidados), com registo no processo clínico utilizado (sistema informático/papel). **8.3** Quando ambos envolvidos, os profissionais da consulta de nutrição e de psicologia articulam entre si para complementar a intervenção, caso se aplique. **8.4** **INF** A periodicidade das consultas e os objetivos terapêuticos da intervenção são negociados e acordados com a pessoa adulta com pré-obesidade, seu familiar/cuidador, com registo no processo clínico, informatizado ou outro. **8.5** A pessoa adulta com pré-obesidade tem alta do PAI da pré-obesidade quando cumprir com os requisitos (i) e (ii) descritos na atividade 7.8.
9 **Consulta de acompanhamento após alta da Consulta de Nutrição e/ou de Psicologia**	**9.1** À pessoa adulta que tenha tido alta da consulta de Nutrição e/ou de Psicologia, é marcada uma consulta no prazo máximo de 180 dias, para acompanhamento e monitorização clínicas. **9.2** Toda a informação é registada no processo clínico, de forma correta e completa. **9.3** **INF** A periodicidade futura das consultas e os objetivos terapêuticos são negociados e acordados com a pessoa adulta, seu familiar/cuidador, com registo no processo clínico, informatizado ou outro.

Médico de Medicina Geral e Familiar (MF) / Enfermeiro de Família (EF)

Atividades	Características da Qualidade
10 **Avaliação do consumo excessivo de álcool**	**10.1** Na consulta da pessoa adulta com pré-obesidade, e no âmbito do plano individual de cuidados descrito na atividade 7, é avaliado pelo MF o consumo excessivo de álcool, com registo no processo clínico e de acordo com a **NORMA 030/2012**, utilizando-se a ferramenta AUDIT: a) consumo de risco (8 a 15 pontos); b) consumo nocivo (16 a 19 pontos); c) dependência (=> 20 pontos). **10.2** Quando existir um consumo sugestivo de dependência, o médico referencia a consulta especializada. **10.3 INF** A periodicidade das consultas e os objetivos terapêuticos da intervenção sobre o consumo de álcool são acordados com a pessoa adulta com pré-obesidade, seu familiar/cuidador, com registo no processo clínico, de forma correta e completa.
11 **Avaliação do risco cardiovascular**	**11.1** Na consulta o MF, e no âmbito do plano de cuidados descrito na atividade 7, avalia à pessoa adulta com pré-obesidade o Risco Cardiovascular SCORE, nos termos da **NORMA 005/2013**, (Avaliação do Risco Cardiovascular SCORE, *Systematic Coronary Risk Evaluation*). **11.2** O Risco Cardiovascular SCORE é registado pelo MF no processo clínico. **11.3 INF** A periodicidade das consultas e os objetivos terapêuticos da intervenção sobre o Risco Cardiovascular SCORE são acordados com a pessoa adulta com pré-obesidade, seu familiar/cuidador, com registo no processo clínico, de forma correta e completa, nos termos plasmados no PAI do Risco Vascular no Adulto.

Médico de Medicina Geral e Familiar (MF) / Enfermeiro de Família (EF)

Atividades	Características da Qualidade
12 **Outros dados clínicos e outras intervenções específicas**	**12.1** No âmbito do plano individual de cuidados descrito na atividade 7, são registadas pelo MF no processo clínico todas as outras situações clínicas detetadas, avaliadas e monitorizadas, conforme as boas práticas clínicas, nomeadamente intervenções cirúrgicas, internamentos ou tratamentos hospitalares. **12.2** O MF e EF adotam as intervenções adequadas e ajustadas em função das especificidades e necessidades de cada caso clínico de pessoa adulta com pré-obesidade, garantindo a continuidade assistencial. **12.3** **INF** A pessoa adulta com pré-obesidade, seu familiar e/ou cuidador, recebe informação/formação, pela equipa multidisciplinar, sobre a situação clínica e respetivo plano preventivo e terapêutico.

Médico de Medicina Geral e Familiar (MF) / Enfermeiro de Família (EF)

Atividades	Características da Qualidade
13 **Outras atividades preventivas: tabagismo, hipertensão arterial, dislipidemia e diabetes**	**13.1** Na execução do plano de cuidados descrito na atividade 7, o MF e/ou EF procedem, no âmbito da prevenção primária e secundária, às intervenções relacionadas com o risco cardiovascular global, nomeadamente, tabagismo, história familiar prematura de doença cardiovascular, hipertensão arterial, dislipidemia e diabetes, ajustadas caso a caso, nos termos das Normas, Orientações e Processos Assistenciais Integrados publicados pela DGS. **13.2** **INF** O MF e/ou EF procedem, em ambiente de equipa multidisciplinar, às intervenções relacionadas com a educação para a saúde dirigida à prevenção em cuidados de saúde primários, nomeadamente, no âmbito da doença cardiovascular e risco de desenvolver diabetes, e nos termos de todas as Normas, Orientações e Processos Assistenciais Integrados publicados pela DGS, com registo no processo clínico.

PROFISSIONAIS DE SAÚDE dos CH

Médico / Enfermeiro / Nutricionista/Dietista / Psicólogo

Atividades	Características da Qualidade
14 **Referenciação para os CH**	**14.1** O MF ao referenciar aos cuidados hospitalares, os profissionais de saúde dos CH asseguram a devida continuidade de cuidados, atenta a patologia específica, caso a caso, da pessoa adulta com pré-obesidade. **14.2** Toda a informação clínica dos CSP e meios complementares de diagnóstico que a acompanham são adequadamente analisados e integrados no processo clínico.

Médico / Enfermeiro / Nutricionista/Dietista / Psicólogo

Atividades	Características da Qualidade
	14.3 A cada pessoa referenciada é definido um estudo clínico adequado, com recurso aos meios complementares de diagnóstico e terapêutica que se justifiquem, no sentido de se responder ao pedido de referenciação, e garantir o tratamento e encaminhamento adequados. **14.4** O MF e EF recebem informação clínica de retorno, incluindo adequada informação relativa ao plano de cuidados subsequente. **14.5** Em caso de internamento, no momento da alta, procede-se conforme ponto anterior. **14.6** Sempre que necessário, a pessoa mantendo-se em consulta hospitalar em uma ou mais especialidades, há informação de retorno aos profissionais de saúde dos CSP a emitir pelos profissionais de saúde dos CH. **14.7** **INF** A pessoa adulta com pré-obesidade, seu familiar e/ou cuidador, recebe informação/formação, pela equipa hospitalar multidisciplinar, sobre a situação clínica específica e respetivo plano terapêutico.
15 **Referenciação dos CH para CSP**	**15.1** No caso de avaliação de pessoa adulta com pré-obesidade ser realizada nos CH, esta deve ser preferencialmente encaminhada para os CSP pela equipa hospitalar de profissionais de saúde e nos termos adequados. **15.2** **INF** Os profissionais de saúde dos CH informam adequadamente a pessoa adulta com pré-obesidade sobre o encaminhamento aos CSP e vantagens na adesão à periodicidade das consultas e os objetivos terapêuticos da intervenção nos CSP, com registo no processo clínico, informatizado ou outro.

PROFISSIONAIS DE SAÚDE da RNCCI

Médico / Enfermeiro / Nutricionista/Dietista / Psicólogo / Assistente Social

Atividades	Características da Qualidade
16 Referenciação para a Rede Nacional dos Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)	**16.1** O Médico, Enfermeiro, Nutricionista/Dietista, Psicólogo e Assistente Social e demais profissionais de saúde trabalham em equipa, e promovem uma atempada referenciação por forma a assegurar a continuidade da prestação de cuidados de saúde à pessoa adulta com pré-obesidade proveniente de outro nível de cuidados, no âmbito dos cuidados alimentares e de atividade física, adequada, caso a caso, e de acordo com o Plano Individual de Intervenção (PII) em CCI. **16.2 INF** A pessoa adulta com pré-obesidade, seu familiar e/ou cuidador, recebe informação/formação, pela equipa multidisciplinar dos CCI, sobre a situação clínica específica e respetivo Plano Individual de Intervenção em CCI.

6

ATIVIDADES NECESSÁRIAS

Para efeitos dos processos assistenciais integrados entende-se por atividade a atitude do profissional de saúde e a sua capacidade de integrar os conhecimentos associados às boas práticas da profissão na sua prática diária e na resolução de problemas.

A gestão por atividades é indispensável à efetiva implementação dos processos assistenciais integrados, e à obtenção de resultados de qualidade.

Neste contexto, falar de atividades significa a abordagem de comportamentos observáveis e mensuráveis, suscetíveis de melhoria e que estão diretamente relacionados com o desempenho desejável numa organização determinada.

O enfoque desta abordagem está centrado naquilo que o profissional de saúde faz (conhecimentos, aptidões e atitudes).

Neste processo assistencial incorporam-se apenas atividades específicas, técnicas ou funcionais, relacionadas com fatores críticos de sucesso e indispensáveis para garantir o desenvolvimento e implementação do mesmo, não se descrevendo atividades profissionais de caráter geral.

Adiante se descrevem sucintamente essas atividades, relacionadas com os diferentes grupos e focadas nos resultados esperados.

ATIVIDADE 1 – Informação ao Cidadão	Evidências Específicas Informação – PAI Pré-Obesidade	Med	Enf	Adm	Outro
O profissional de saúde proporciona a informação necessária para promover a articipação e decisão da pessoa adulta com pré-obesidade incluindo o familiar/cuidador), permitindo-lhe que exerça os seus direitos	Informação clara e precisa fornecida à pessoa adulta com pré-obesidade (familiar / cuidador).	•	•	•	*1,2,3*
	Formulário de consentimento informado se aplicável.			•	
	Registo adequado no processo clínico/individual das informações e orientações prestadas à pessoa adulta com pré-obesidade .	•	•		*1,2,3*

1 – Nutricionista/dietista; 2 – Assistente social; 3 – Psicólogo

LEGENDA: Med-médico Enf-enfermeiro Adm-secretariado clínico/administrativo

ATIVIDADE 2 – Educação Terapêutica, aconselhamento e medidas de prevenção	Evidências Específicas Educação Terapêutica – PAI Pré-Obesidade	Med	Enf	Adm	Outro
O profissional de saúde assegura a realização de atividades educativas e medidas preventivas no sentido de se promover a saúde	Informação clara e orientações compreensíveis fornecidas à pessoa adulta com pré-obesidade (familiar/cuidador).	•	•	•	*1,2,3*
	Registo adequado no processo clínico/individual.	•	•		*1,2,3*
	Entrega do Guia da pessoa adulta com pré-obesidade.	•	•		
	Promoção da modificação dos estilos de vida, nomeadamente para a alimentação saudável e prática de atividade física a cada pessoa adulta com pré-obesidade.	•	•		*1*
	Informação e promoção do abandono do hábito tabágico.	•	•		*1,3*
	Realização de ações de formação e reflexão crítica e ativa sobre o desempenho, para melhorar a intervenção profissional.				*1,2,3*

1 – Nutricionista/dietista; 2 – Assistente social; 3 – Psicólogo

LEGENDA: Med-médico Enf-enfermeiro Adm-secretariado clínico/administrativo

ATIVIDADE 3 – Comunicação/ entrevista/ consulta clínica	Evidências Específicas Informação clínica – PAI Pré-Obesidade	Med	Enf	Adm	Outro
O profissional de saúde assegura a comunicação eficaz com cada pessoa adulta com pré-obesidade , aplicando as técnicas de comunicação próprias do seu âmbito profissional	Informação clara e precisa à pessoa adulta com pré-obesidade sobre a necessidade e plano de monitorização clínica e controlo de fatores de risco.	•	•		*1,3*
	Informação à pessoa adulta com pré-obesidade sobre objetivos individuais a acordar anualmente de acordo com plano de cuidados.	•	•		*1,2,3*
	Informação à pessoa adulta com pré-obesidade sobre a necessidade da adequada adesão às recomendações clínicas.	•	•		*1,2,3*
	Registo no processo clínico/individual do plano de monitorização clínica acordado.	•	•		*1,2,3*

1 – Nutricionista/dietista; 2 – Assistente social; 3 – Psicólogo

LEGENDA: Med-médico Enf-enfermeiro Adm-secretariado clínico/administrativo

ATIVIDADE 4 – Capacidade para a tomada de decisões clínicas, de diagnóstico e terapêutica	Evidências Específicas Decisão clínica – PAI Pré-Obesidade	Med	Enf	Adm	Outro
O profissional de saúde assegura cuidados clínicos de qualidade na pré-obesidade, atualizados e baseados na melhor evidência científica, no âmbito profissional da sua especialidade	Realização de avaliação clínica correta, pedido e interpretação de meios complementares de diagnóstico e terapêutica, estabelecimento de juízo/conclusão clínica adequados e definição de um plano de atuação e de cuidados de acordo com a situação clínica da pessoa adulta com pré-obesidade a cada momento do PAI.	•			
	Cumprimento das Normas e Orientações específicas para as diferentes atividades de monitorização da pessoa adulta com pré-obesidade.	•	•		*1,3*
	Registos de todas as intervenções e plano de monitorização clínica no processo clínico/individual.	•	•		*1,3*
	Definição de terapêutica nutricional individualizada, de acordo com a situação clínica da pessoa adulta com pré-obesidade.				*1*

1 – Nutricionista/dietista; 2 – Assistente social; 3 – Psicólogo

LEGENDA: Med-médico Enf-enfermeiro Adm-secretariado clínico/administrativo

ATIVIDADE 5 – Continuidade assistencial	Evidências específicas Continuidade assistencial – PAI Pré-Obesidade	Med	Enf	Adm	Outro
O profissional de saúde assegura continuidade de cuidados assistenciais à pessoa adulta com pré-obesidade no cumprimento deste PAI	Continuidade assistencial assegurada e apoiada nos registos do processo clínico: notas de alta de internamentos hospitalares e diagnósticos clínicos, plano individual de cuidados, intervenção, orientações terapêuticas, entre outros.	•	•		*1,2,3*
	Difusão de recomendações para a vigilância clínica domiciliária, distribuição de informação em suporte papel.	•	•		
	Promoção do trabalho de equipa em ambiente domiciliário, elaboração de um plano multidisciplinar de cuidados adequado de modo a evitar deslocações desnecessárias e/ou repetitivas.	•	•		*1,2,3*

1 – Nutricionista/dietista; 2 – Assistente social; 3 – Psicólogo

LEGENDA: Med-médico Enf-enfermeiro Adm-secretariado clínico/administrativo

7

RECURSOS E UNIDADES DE SUPORTE

Para a implementação deste PAI é necessário que os serviços onde se prestam os cuidados de saúde identifiquem, para as diferentes atividades, os recursos necessários, tanto em termos de recursos humanos (equipas multidisciplinares) como de instalações (que respeitem os direitos da pessoa adulta com pré-obesidade à privacidade, intimidade, conforto e segurança), como de sistemas de informação e comunicação e de materiais e equipamentos.

Na sua seleção/aquisição, incluindo os instrumentos de medição, devem ser elaboradas especificações de desempenho, sempre que aplicável, de acordo com o nível de precisão exigível. Todos os dispositivos médicos devem respeitar as determinações da diretiva dos dispositivos médicos (diretiva 2007/47/CEE) e, se aplicável, a conformidade com Normas de produto harmonizadas.

Os equipamentos de medição e monitorização devem ser sujeitos a manutenção preventiva e verificados/calibrados por forma a garantir a fiabilidade e exactidão das medições.

Para o sucesso deste PAI é imprescindível que os serviços de suporte (tais como os serviços de imagiologia, laboratório, manutenção de instalações e equipamentos, laboratórios de metrologia, e outros) sigam também a metodologia da abordagem por processos e garantam a conformidade com requisitos de controlo de qualidade pré-definidos.

8

REPRESENTAÇÃO GRÁFICA

A representação gráfica do PAI pré-obesidade no adulto permite visualizar a sua abrangência. Depois do contacto de qualquer pessoa adulta com a unidade de saúde e de se confirmar ser portadora de pré-obesidade, inicia-se o processo operativo, clínico-assistencial, nos diferentes níveis de cuidados de saúde, garantido os profissionais de saúde a continuidade assistencial à pessoa adulta com pré-obesidade, familiar e/ou cuidador.

IMC = Peso / Estatura^2

Unidades a utilizar – no peso, quilograma (kg); na estatura, o metro (m)

Designação	IMC (kg/m^2)	
		Classe de Baixo Peso
Magreza severa	< 16,00	III
Magreza média	16,00 –16,99	II
Magreza moderada	17,00 –18,49	I
Normal	18,50 –24,99	Peso normal
Pré-obesidade	25,00 –29,99	Pré-obesidade
		Classe de Obesidade
Obesidade	30,00 –34,99	I
Obesidade	35,00 –39,99	II
Obesidade	≥ 40,00	III

Fonte: Organização Mundial da Saúde (1995, 2000)

Razão cintura/estatura

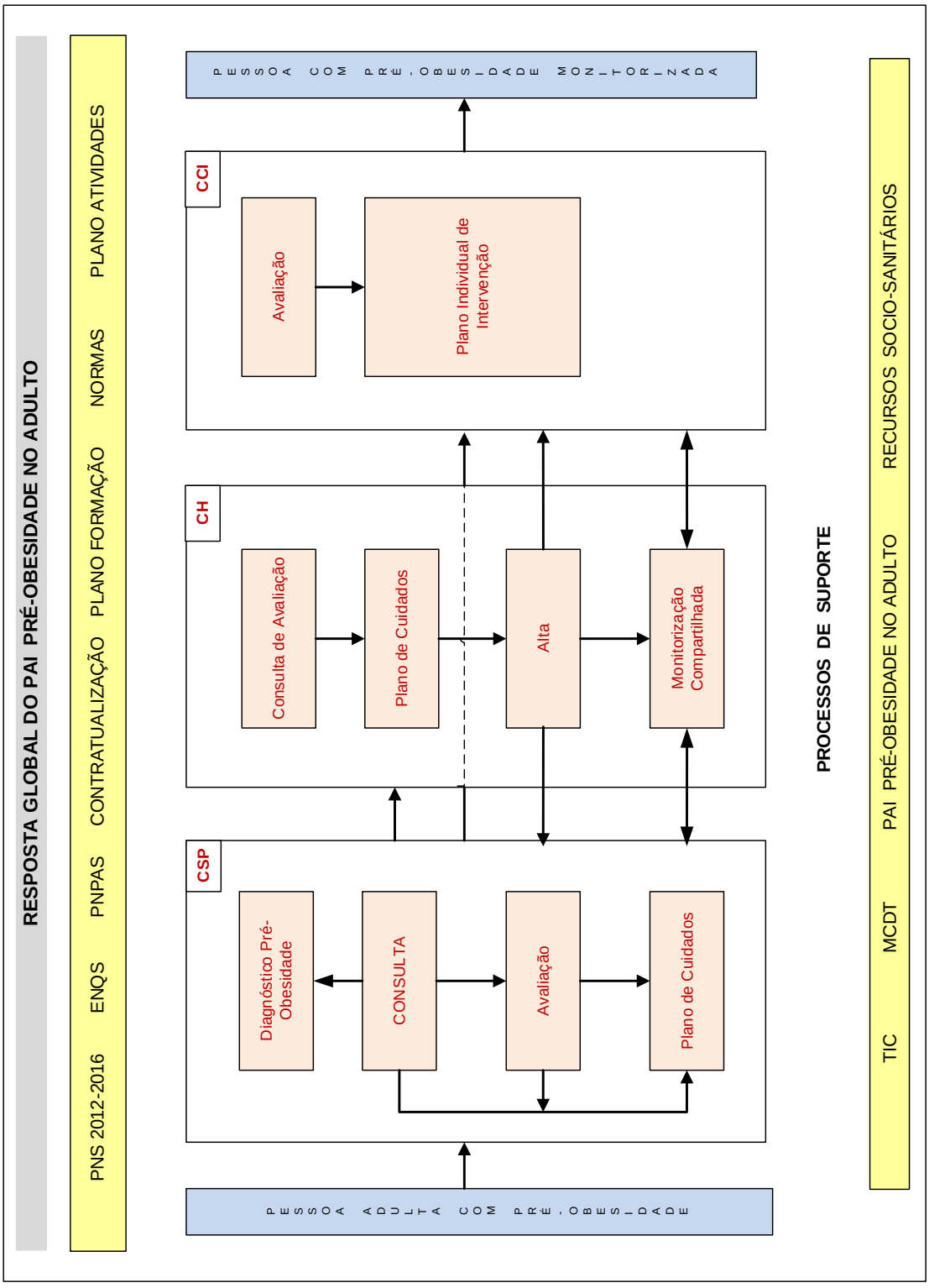
Perímetro da cintura / estatura > 0,5

Unidade a utilizar – centímetro (cm)

Organização Mundial da Saúde: risco de complicações metabólicas e perímetros da cintura e anca

Designação	*Cut-off point*	Risco de complicações metabólicas
Perímetro da cintura	>94 cm (H) ; >80 cm (M)	Aumentado
Perímetro da cintura	>102 cm (H) ; >88 cm (M)	Muito aumentado
Razão cintura/anca	≥0,90 (H) ; ≥ 0,85 (M)	Muito aumentado

Fonte: Waist circumference and waist–hip ratio: report of a WHO expert consultation, Geneva, 8–11 December 2008. World Health Organization, 2011.


RESPOSTA GLOBAL DO PAI PRÉ-OBESIDADE NO ADULTO
PNS 2012-2016
ENQS
PNPAS
CONTRATUALIZAÇÃO
PLANO FORMAÇÃO
NORMAS
PLANO ATIVIDADES
PESSOA ADULTA COM PRÉ-OBESIDADE
CSP
Diagnóstico Pré-Obesidade
CONSULTA
Avaliação
Plano de Cuidados
CH
Consulta de Avaliação
Plano de Cuidados
Alta
Monitorização Compartilhada
CCI
Avaliação
Plano Individual de Intervenção
PESSOA COM PRÉ-OBESIDADE MONITORIZADA
PROCESSOS DE SUPORTE
TIC
MCDT
PAI PRÉ-OBESIDADE NO ADULTO
RECURSOS SOCIO-SANITÁRIOS

9

INDICADORES

Indicadores de Avaliação e de Monitorização

Indicadores

sigla **pPRE-OB** => pessoa adulta com pré-obesidade

os códigos citados pertencem à ICPC-2, Classificação Internacional dos CSP, 2.ª edição

Fórmula para todos :
(Numerador/Denominador) x 100

1 – Avaliação do risco cardiovascular

(**pPRE-OB** com avaliação SCORE com registo SAM)

Número total de pessoas com risco cardiovascular avaliado

Número total de pPRE-OB no ano

2 – Prevalência de hábitos tabágicos

(cálculo para o último registo do ano civil sobre hábitos tabágicos)

Número total de pessoas fumadoras de 1 ou mais cigarros/dia

Número total de pessoas a quem foi avaliado o consumo diário de cigarros

3 – Prevalência de HTA

(cálculo para 31-12 de cada ano)

$$\frac{\text{Número total de pessoas com HTA inscritas}}{\text{Número total de pPRE-OB inscritas na Unidade de Saúde}}$$

4 – Indicadores de prática de exercício físico

prática de exercício físico regular

(cálculo para o último registo do ano)

$$\frac{\text{Número total de pessoas com prática de EF regular}}{\text{Número total de pPRE-OB em vigilância a 31-12 do ano}}$$

5 – Prevalência de pré-obesidade e obesidade

(cálculo para 31-12 de cada ano)

(cálculo para o último IMC do ano civil, estratificado)

$$\frac{\text{Número total de pessoas com IMC} < 25}{\text{Número total de pessoas em vigilância a 31-12 do ano}}$$

$$\frac{\text{Número total de pessoas com IMC} \geq 25 \text{ e} < 30 \quad \text{(código T83)}}{\text{Número total de pessoas em vigilância a 31-12 do ano}}$$

$$\frac{\text{Número total de pessoas com IMC} \geq 30 \quad \text{(código T82)}}{\text{Número total de pessoas em vigilância a 31-12 do ano}}$$

6 – Avaliação global em 31-12 de cada ano civil

Número total de pPRE-OB com "*avaliação global*" (3) em 31-12

Número total de pPRE-OB em vigilância a 31-12 do ano

(3) conceito de "*avaliação global*" neste indicador corresponde à condição cumulativa de (isto é, A e B):

A) IMC < 25

B) Razão PC/estatura < 0,5

7 – Satisfação do cidadão

Número total de reclamações de pPRE-OB no ano

Número total de pPRE-OB em vigilância a 31-12 do ano

10

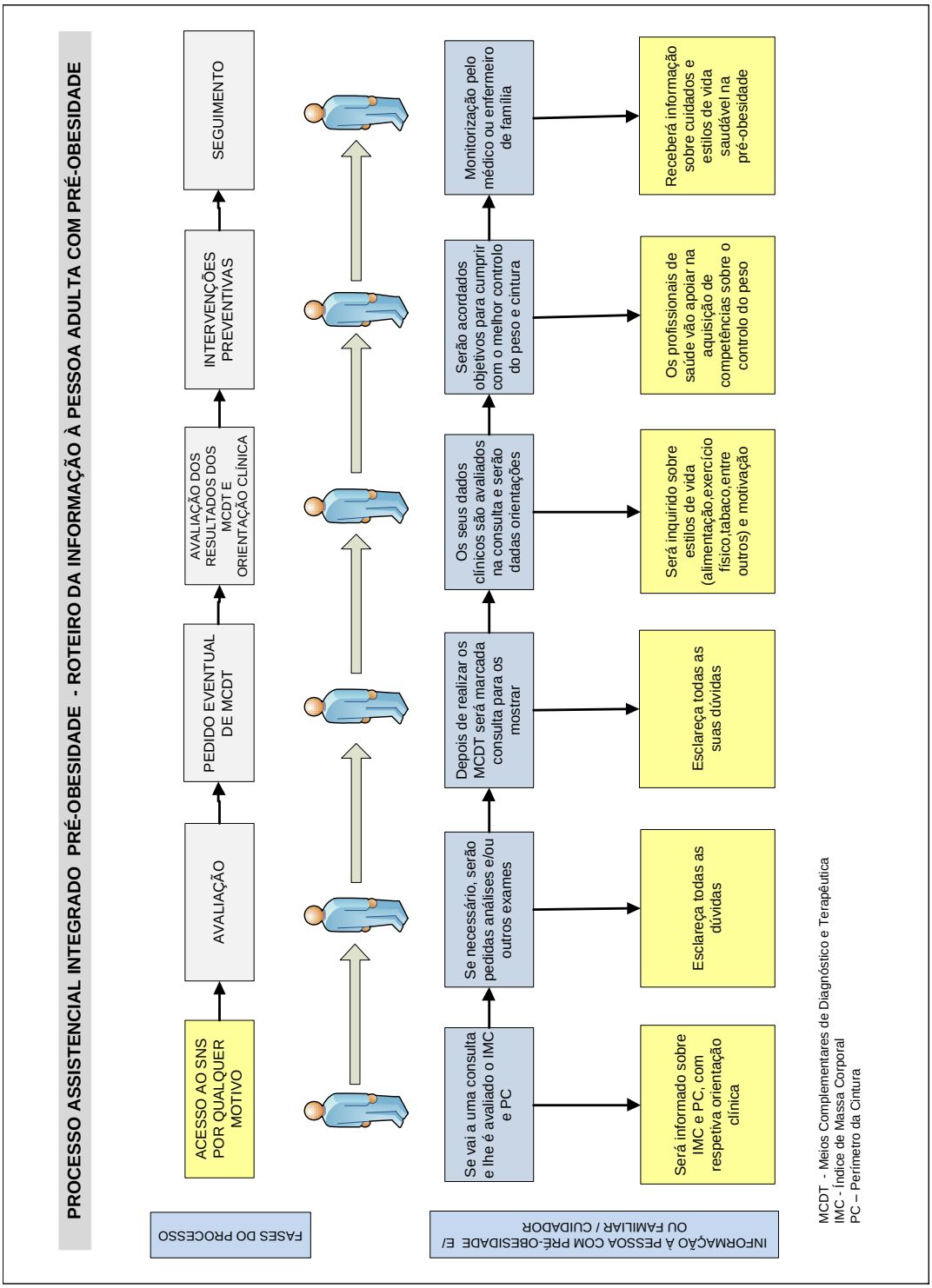
ANEXOS

Anexo 1

O Roteiro de Informação à Pessoa Adulta com Pré-Obesidade

O roteiro de informação descreve a informação para a pessoa adulta com pré-obesidade e/ou familiar/cuidador em diferentes momentos do desenvolvimento do PAI da Pré-Obesidade no Adulto.

O seu objetivo é facilitar um melhor conhecimento do PAI, identificando a informação clínica a prestar em cada momento, nas diferentes fases do processo de cuidados de saúde e no âmbito da intervenção dos diferentes profissionais de saúde e das atividades que se vão desenvolver.


PROCESSO ASSISTENCIAL INTEGRADO PRÉ-OBESIDADE - ROTEIRO DA INFORMAÇÃO À PESSOA ADULTA COM PRÉ-OBESIDADE
FASES DO PROCESSO
ACESSO AO SNS POR QUALQUER MOTIVO
AVALIAÇÃO
PEDIDO EVENTUAL DE MCDT
AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS DOS MCDT E ORIENTAÇÃO CLÍNICA
INTERVENÇÕES PREVENTIVAS
SEGUIMENTO
INFORMAÇÃO À PESSOA COM PRÉ-OBESIDADE E/ OU FAMILIAR / CUIDADOR
Se vai a uma consulta e lhe é avaliado o IMC e PC
Será informado sobre IMC e PC, com respetiva orientação clínica
Se necessário, serão pedidas análises e/ou outros exames
Esclareça todas as dúvidas
Depois de realizar os MCDT será marcada consulta para os mostrar
Esclareça todas as suas dúvidas
Os seus dados clínicos são avaliados na consulta e serão dadas orientações
Será inquirido sobre estilos de vida (alimentação,exercício físico,tabaco,entre outros) e motivação
Serão acordados objetivos para cumprir com o melhor controlo do peso e cintura
Os profissionais de saúde vão apoiar na aquisição de competências sobre o controlo do peso
Monitorização pelo médico ou enfermeiro de família
Receberá informação sobre cuidados e estilos de vida saudável na pré-obesidade
MCDT - Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
IMC - Índice de Massa Corporal
PC – Perímetro da Cintura

Anexo 2

Expectativas do Cidadão/Cuidador e dos Profissionais de Saúde

PESSOA ADULTA COM PRÉ-OBESIDADE

Acessibilidade

1. Que tenha facilidade no acesso à marcação de consultas.
2. Que tenha facilidade na obtenção de todo o material necessário para o controlo alimentar e nutricional e que este seja o mais adequado e atual.
3. Que haja coordenação na marcação de todas as consultas de que necessita, de acordo com o seu plano de vigilância e acompanhamento, a nível dos CSP e dos CH.
4. Que possa solicitar, por si ou por terceira pessoa, essa marcação através de uma linha telefónica, por fax, por e-mail ou através da e-agenda.
5. Que tenha uma comunicação ou um contacto personalizado com os profissionais de saúde e que possa dispor de uma linha telefónica para o esclarecimento de dúvidas e para apoio.

Capacidade da resposta

1. Que tenha garantia de marcações das consultas nos CSP e CH em tempo útil.
2. Que as consultas marcadas não sejam adiadas e que, em caso de adiamento imprevisto, a remarcação seja rápida e automática.

Cortesia e compreensão

1. Que o médico, enfermeiro, nutricionista, assistente social, psicólogo clínico e demais profissionais de saúde disponham do tempo adequado na sua consulta.
2. Que os profissionais de saúde atuem com cortesia em todas as situações.
3. Que a atenção dispensada à pessoa seja a prioridade na consulta e não o computador ou o telemóvel/telefone, por exemplo.

4. Que encontre nos profissionais de saúde a empatia adequada.

Comunicação

1. Que lhe comuniquem os problemas de saúde de forma clara e cuidada.
2. Que lhe prestem informação sobre a pré-obesidade e a sua evolução, numa linguagem percetível e adequada.
3. Que a informem adequadamente e de forma simples sobre as indicações terapêuticas como sejam o exercício físico e a alimentação.
4. Que lhe prestem informação sem pressa, com trato agradável e próximo, sem comentários inoportunos, permitindo-lhe que fale sobre os seus sentimentos e receios e que se interessem pela sua situação psicológica, social e familiar.
5. Que não lhe seja fornecida informação clínica contraditória nem ambígua pelos diferentes profissionais e/ou nos diferentes níveis de cuidados.
6. Que lhe facilitem o acesso a grupos de discussão e de autoajuda, especificamente orientados, como sejam as associações de doentes.
7. Que possa obter informação escrita e completa sobre a sua situação clínica atual e sobre as alterações que se vão produzindo.
8. Que a obtenção e transmissão de informação clínica e dados pessoais respeitem a Lei da proteção de Dados Pessoais (Lei 67/98 de 26 de Outubro).

Competência

1. Que possa contar com a competência dos profissionais de saúde nos CSP e CH.
2. Que exista comunicação e cooperação adequada entre todos os profissionais de saúde que intervêm na avaliação e orientação.
3. Que os profissionais de saúde valorizem e reconheçam os seus conhecimentos sobre a doença.

Segurança

1. Que lhe prestem cuidados de qualidade.
2. Que só lhe sejam efetuados os exames auxiliares de diagnóstico estritamente necessários e nos momentos adequados.
3. Que possa ter, preferencialmente, a mesma equipa de saúde de referência nos CSP e CH.
4. Que possa receber atempadamente o tratamento especializado de que carece nos CH e a continuidade de cuidados nos CSP e nos CCI.

FAMILIARES/CUIDADORES

Acessibilidade e comunicação

1. Que exista um horário programado e tempos de espera mínimos para aceder à consulta.
2. Que tenham acesso nos CSP a profissionais com conhecimentos sobre pré-obesidade para poderem esclarecer dúvidas ou problemas relativos à sua evolução.
3. Que possam dispor de uma linha telefónica de apoio para orientação dos problemas e dúvidas que surjam.
4. Que possam participar ativamente no apoio ao acompanhamento da pessoa adulta com pré-obesidade.
5. Que seja fornecida a informação adequada sobre a pré-obesidade, o seu controlo, a sua evolução e os cuidados necessários.

PESSOAL MÉDICO

Comunicação

1. Que haja boa comunicação e cooperação com todos os outros profissionais de saúde implicados no processo.
2. Que o médico de família referencie, sempre que necessário, cada caso clínico à consulta de nutrição e /ou hospitalar com relatório clínico e de acordo com os procedimentos em vigor.
3. Que o médico de família receba relatórios clínicos periódicos e atualizados quando a pessoa adulta com pré-obesidade for atendida por outros profissionais de saúde, nomeadamente em consultas hospitalares ou atendimento em serviço de urgência e, se for o caso, que possa receber esses relatórios clínicos por via eletrónica.
4. Que a pessoa adulta com pré-obesidade receba informação pertinente, clara e coerente por parte de todos os outros intervenientes.
5. Que haja uniformidade dos registos clínicos e interoperacionalidade entre os sistemas de registo informático utilizados por todos os profissionais de saúde implicados no processo.
6. Que se evite a duplicidade de exames complementares de diagnóstico pedidos nos diferentes níveis de cuidados.

Tangibilidade

1. Que possa dispor de espaço e tempo reservados para prestar cuidados apropriados à pessoa em risco, à pessoa adulta com pré-obesidade e para as atividades de Educação para a Saúde (EPS).
2. Que possa contar com os equipamentos necessários para a monitorização da pré-obesidade.
3. Que tenha possibilidade e facilidade em avaliar a prática clínica pelo sistema informático de registo, como seja um módulo estatístico adequado à monitorização dos cuidados de saúde prestados.

Acessibilidade

1. Que haja diálogo entre médicos especialistas mais diretamente envolvidos, como sejam, Médico de Família, Endocrinologista, Internista, bem como com os demais profissionais de saúde, como sejam, Enfermeiro, Nutricionista/Dietista, Psicólogo Clínico e Assistente Social.
2. Que haja facilidade de acesso, em tempo útil, para consultar qualquer outro médico especialista, principalmente no âmbito hospitalar, se for o adequado.

Competência

1. Que os médicos especialistas de Medicina Geral e Familiar e os médicos hospitalares que asseguram a assistência médica à pessoa adulta com pré-obesidade sejam profissionais com capacidades e conhecimentos atualizados sobre a doença.
2. Que os critérios ou normas de atuação clínica sejam homogéneos e consensualizados por todas as partes implicadas.

PESSOAL DE ENFERMAGEM

Comunicação

1. Que possa integrar e cooperar com a equipa multidisciplinar de saúde, sempre que necessário.
2. Que possa trabalhar em coordenação e cooperação com outros profissionais de saúde (enfermeiros e médicos, entre outros).

3. Que a população em geral receba informação sobre pré-obesidade e meios de prevenção, nomeadamente, sobre a promoção da alimentação saudável e da prática de exercício físico e se promova a adequada integração das pessoas com pré-obesidade.

Tangibilidade

1. Que possa dispor de espaço, material e tempo reservados para prestar cuidados apropriados à pessoa em risco, à pessoa adulta com pré-obesidade e para as atividades de EPS.
2. Que tenha possibilidade e facilidade em avaliar a prática clínica através do sistema informático de registo, como seja um módulo estatístico adequado à monitorização da pré-obesidade.

Acessibilidade

1. Que haja acessibilidade no diálogo entre todos os enfermeiros mais diretamente envolvidos, bem como com os demais profissionais de saúde, como sejam, médico, nutricionista/dietista, psicólogo clínico e assistente social.

Competência

1. Que os enfermeiros que prestam cuidados à pessoa adulta com pré-obesidade sejam profissionais com capacidades e conhecimentos atualizados sobre a doença.

Capacidade de resposta

1. Que a pessoa com pré-obesidade se responsabilize no autocuidado e controlo da pré-obesidade, incluindo a prevenção das suas complicações.
2. Que os familiares/cuidadores se corresponsabilizem no tratamento e monitorização da pré-obesidade.

SECRETARIADO CLINICO

Comunicação

1. Que haja condições para que o atendimento se processe de forma empática, disponível e em ambiente de cortesia e respeito.
2. Que a pessoa adulta com pré-obesidade seja adequadamente esclarecida ou encaminhada nos diferentes níveis de cuidados e as solicitações apresentadas satisfeitas.
3. Que o atendimento seja o mais adequado a cada pessoa adulta com pré-obesidade, familiar ou cuidador, promovendo-se em todos os níveis uma informação pertinente, clara e coerente.

Capacidade de resposta

1. Que os procedimentos administrativos sejam estabelecidos com clareza e de forma atempada, garantindo-se uma gestão adequada para satisfazer as necessidades da pessoa adulta com pré-obesidade.
2. Que cada pessoa esteja inequivocamente identificada no sistema informático da saúde, nomeadamente, nome completo, data de nascimento, morada e número nacional de utente devidamente atualizados.
3. Que se divulguem e implementem os circuitos e procedimentos adequados por toda a equipa de profissionais de saúde no âmbito do cumprimento do atendimento à pessoa adulta com pré-obesidade, familiar ou cuidador, minimizando-se a burocracia e eliminando-se deslocações desnecessárias.

OUTROS PROFISSIONAIS DE SAÚDE (CSP, CH, CCI)

Capacidade da resposta

- Que todos os profissionais de saúde implicados disponham de informação completa onde constem os motivos/resultados da consulta por parte dos restantes profissionais, preferencialmente por via informática.
- Que haja trabalho em equipa de todos os profissionais de saúde implicados no processo.
- Que se promova entre todos a simplificação burocrática, minimizando-se eventuais transtornos à pessoa adulta com pré-obesidade e garantindo-se a permuta adequada de informação clínica.

Anexo 3

Avaliação Antropométrica do Adulto

A utilização de medições antropométricas é uma prática corrente nos cuidados de saúde quer como métodos auxiliares na avaliação clínica, quer nas avaliações e rastreios de âmbito populacional. A estatura e o peso da pessoa adulta são determinados também para permitir calcular o Indice de Massa Corporal (IMC) e classificá-lo tal como preconizado pela OMS. A avaliação do perímetro da cintura permite valorizar clínica e epidemiologicamente o peso/obesidade na perspetiva do risco de complicações metabólicas.

Estas medições têm uma aplicabilidade variável e de crescente complexidade, desde uma simples análise da necessidade de uma pessoa alterar o seu peso, à avaliação de risco cardiovascular, à interpretação da evolução ponderal na monitorização de uma doença crónica, como sejam a diabetes e a hipertensão arterial, até aos casos mais complexos de múltipla comorbilidade.

O perímetro da anca, calculado a exemplo do perímetro da cintura, em duas medições, mas na zona da circunferência máxima das nádegas, constitui um indicador antropométrico a valorizar clinicamente (do ponto de vista do risco das complicações cardiovasculares).

Compreende-se, assim, a importância clínica e epidemiológica de se garantir que os profissionais de saúde no exercício profissional estejam capacitados e assegurem nas avaliações antropométricas efetuadas o rigor, reprodutibilidade e fiabilidade essenciais à posterior utilização dessas medições nos seus devidos fins, tornando-se assim indispensável a normalização de procedimentos, no que respeita não só às técnicas de avaliação antropométrica mas também ao manuseamento dos instrumentos de medição e na interação com as pessoas a serem avaliadas.

Na avaliação antropométrica da pessoa adulta, com exceção da mulher grávida, o profissional de saúde efetua duas medições de cada parâmetro, no mesmo momento e preferencialmente de forma sequencial, e nos termos definidos na Orientação nº 017/2013, 05/12/2013, Avaliação Antropométrica no Adulto, cuja consulta deve ser efetuada no sítio da Direção-Geral da Saúde (www.dgs.pt), a saber:

1. Estatura;
2. Peso;
3. Perímetro da cintura.

Anexo 4

Disponibilidade para a Mudança_questionário

A) Questões sobre "Interesse na mudança" (escala de 1-10):

1. Considera importante evitar que o seu **peso** aumente?
   (colocar uma cruz na escala abaixo)

Nada importante									Muito importante
1		3		5		7			10

2. Considera importante, neste momento, alterar o seu **estilo de vida** (alimentação, atividade física, hábitos tabágicos/consumo de álcool)?
   (colocar uma cruz na escala abaixo)

Nada importante									Muito importante
1		3		5		7			10

B) Avaliação do questionário/pontuação obtida:

1. Considerar como **disponível para a mudança** se foi avaliado com pontuação igual ou superior a 6 nas duas questões anteriores.

2. Em todos os outros casos, considerar como **não disponível para a mudança**.

Fontes: Adaptado de Serdula MK, Khan LK, Dietz WH. Weight loss counseling revisited. JAMA. 289;1747-1750:2003. Adaptado de WellnessInstitute, Northwestern Memorial Hospital, USA

Altura	
O meu peso (Kg)	
A minha cintura (cm)	

NOTA: o profissional de saúde poderá auxiliar o utente na sua auto-monitorização, assinalando o peso e o perímetro de cintura desejáveis

Processo Assistencial Integrado da Pré-Obesidade

GUIA

Pertencente a Sr.(a)

_____

Anexo 5

DGS desde 1899
Direção-Geral da Saúde

EIS ALGUMAS ESTRATÉGIAS QUE PODE ADOTAR PARA CONSEGUIR MELHORAR A SUA SAÚDE E CONTROLAR O PESO...	**NA TABELA SEGUINTE, REGISTE ATRAVÉS DE UMA CRUZ E DATA A CONDICÃO QUE MELHOR CARACTERIZA O MOMENTO ATUAL**			
	É IMPOSSÍVEL PARA MIM	NÃO ACHO IMPORTANTE	CUMPRO DE VEZ EM QUANDO	JÁ CUMPRO SEMPRE
1. Aposte nas Rotinas Alimentares Seja regular no número de refeições diárias. Tome sempre o pequeno-almoço, almoço e jantar e faça pequenas refeições intermédias (*snacks*) saudáveis.				
2. Planeie Merendas Saudáveis Para as refeições a meio da manhã ou a meio da tarde (lanche) inclua fruta fresca, legumes ou lacticínios com baixo teor de gordura.				
3. Controle a sua Ingestão de Gordura Reduza o consumo de alimentos ricos em gordura (ex: doces, salgados, fritos, molhos) e reduza as gorduras para temperar (mesmo o azeite).				
4. Leia os Rótulos Esteja particularmente atento à quantidade de açúcar e gordura, bem como ao valor energético (Kcal) indicado por fora nas embalagens.				
5. Controle o Tamanho das Refeições no Prato Sirva-se de porções mais pequenas, pense bem se precisa de repetir.				
6. Coma Devagar e Disfrute dos Alimentos Mastigue bem e devagar os alimentos e saboreie a comida. Evite fazer outras actividades (ex: ver TV, ler, trabalhar) enquanto come.				
7. Aumente o seu Consumo de Vegetais, por ex. Hortícolas e Frutos Frescos Coma sopa diariamente, acompanhe-a com legumes e salada, coma fruta fresca como sobremesa ou use-a para uma refeição a meio da manhã/tarde.				
8. Beba Água ao Longo do Dia Escolha a água como bebida preferida. Tenha em consideração que os sumos naturais contêm os açúcares da fruta. As bebidas alcoólicas são ricas em calorias.				
9. Pratique Atividade Física no seu Dia-a-dia Procure caminhar ou fazer um outro exercício físico estruturado diariamente. Tente completar 60 ou mais minutos por dia ou dar 10 000 passos por dia (+/- 8 km/dia).				
10. Aumente a Atividade Física no Dia-a-dia Não seja sedentário. Levante-se regularmente do seu lugar, use as escadas em vez do elevador, ande um pouco mais a caminho do trabalho.				

Anexo 6

Intervenção Psicológica

De acordo com a apreciação do psicólogo, a intervenção pode ser em grupo ou em formato individual. A avaliação deve ser enquadrada na restante intervenção da equipa multidisciplinar e como proposta de trabalho, não deve durar mais do que 8 sessões com 2 de seguimento (ou 12 sessões com duas de seguimento se existir sintomatologia depressiva).

A intervenção deve contemplar os seguintes aspetos:

a) estabelecer os objetivos e delinear um plano de intervenção para a pessoa adulta com pré-obesidade , adequado ao período de seguimento em consulta de Psicologia;
b) utilizar Entrevista Motivacional (EM) com a finalidade de promover a(s) mudança(s) de fase necessária(s) e/ou aderir às recomendações de modificação de comportamento para atingir os resultados alvo;
c) utilizar outras estratégias terapêuticas, sempre que adequado e em função do plano de intervenção individual/grupal. Como exemplos, citam-se: auto-monitorização do comportamento e progresso, controlo de estímulos, reestruturação cognitiva, resolução de problemas, treino de assertividade, redução do ritmo da ingestão alimentar, reforço positivo das mudanças e prevenção de recaída (BPS–*Obesity Working Group (2011). Obesity in UK: A psychological perspective. The British Psychological Society, Professional Practice Board*);
d) avaliar a intervenção psicológica e partilhar com os restantes profissionais da equipa o resultado da intervenção e a sua monitorização adequada.

A articulação do psicólogo clínico com a equipa multidisciplinar obedece, instituição a instituição, às regras internamente definidas no âmbito da organização interna dos cuidados de saúde.

Anexo 7

Bioimpedância

Introdução

A Bioimpedância (ou Impedância Bioelétrica) é uma metodologia que avalia a composição corporal a partir de princípios da física, baseados em componentes da corrente eléctrica e dos seus condutores, como a impedância, a resistência e a reactância.

Apesar de a técnica ser comummente reconhecida como uma avaliação de "gordura", na realidade avalia a impedância dos tecidos biológicos corporais, assumindo que a gordura, o osso e espaços preenchidos com ar são altamente resistentes à passagem da corrente eléctrica, ao passo que tecidos ricos em água e electrólitos, como o músculo, sangue e o líquido cefalorraquidiano, são bons condutores da corrente. Assim, o método efectua uma estimativa da água total corporal, e a partir deste componente, estima a quantidade de massa gorda e massa isenta de gordura da pessoa adulta pré-obesa.

A Bioimpedância (BIA) é uma técnica simples, rápida, não-invasiva, que não expõe o sujeito a radiação ionizante. É relativamente barata e dada a sua portabilidade, tem vindo a ser utilizada de forma cada vez mais frequente. Por isto, e dada a sua aplicabilidade quer em sujeitos saudáveis, quer em determinadas patologias crónicas (utilizando equações específicas e validadas), torna-se indispensável a utilização desta técnica normalizada.

Condicionantes para a realização da Bioimpedância

Dadas as características específicas desta técnica e as condições que são suscetíveis de interferir nos resultados, nomeadamente o estado de hidratação da pessoa adulta com pré-obesidade , opta-se por apresentar em 3 grupos as regras de boa prática desta técnica, nomeadamente:

A. Condicionantes práticas dos instrumentos e de outras técnicas e procedimentos de avaliação:

1. para identificação e avaliação com maior fiabilidade das alterações da composição corporal causadas pelo estado clínico e nutricional, devem ser utilizados instrumentos de BIA multifrequência e de análise segmental;

2. imediatamente antes da avaliação de BIA, efectuar avaliação de peso e altura segundo indicações da **Orientação nº 017/2013, de 05/12/2013**, Avaliação Antropométrica do Adulto;

3. aparelho de BIA deve ser calibrado sempre antes de qualquer avaliação, usando um ohmímetro (excepto para instrumentos de BIA perna-perna, ex. balanças);

4. avaliações de follow-up devem ser efectuadas à mesma hora do dia que a anterior;

5. os quatro eléctrodos são colocados no lado dominante do corpo, na pele em locais limpos e desengordurados (usar álcool), e sem qualquer tipo de lesões na pele:

    a. superfície média dorsal da mão, proximal à falange articular metacárpica;
    b. ponto intermédio entre as proeminências distais do cúbito e do rádio;
    c. superfície média dorsal do pé, proximal à falange articular metatársica;
    d. ponto intermédio entre os maléolos medial e lateral (tíbia e perónio) na zona do tornozelo.

6. deve existir um espaço de, pelo menos, 5 cm entre eléctrodos, e caso seja necessário, deve ser movido o eléctrodo proximal para atingir essa distância;

7. pode ser utilizada uma pequena quantidade de gel para eléctrodos antes da aplicação destes, nos locais especificados.

Nota: cuidados relativos à colocação de eléctrodos não são para ter em conta no caso da BIA membro inferior-membro inferior.

B. Condicionantes metodológicas que influenciam a condutividade da corrente eléctrica:

1. a pessoa deve esvaziar a bexiga 30 minutos antes da avaliação;
2. a avaliação deve ser efectuada numa sala com temperatura ambiente controlada – 23ºC (evitar baixas temperaturas);
3. não estar em contacto com nenhuma estrutura metálica (atenção às camas) e garantir um ambiente neutral ao nível eléctrico e magnético;
4. a pessoa deve manter-se deitada, em repouso, durante 5-10 minutos (exceto BIA membro inferior-membro inferior), antes da avaliação para estabilização de fluidos;
5. membros relaxados e afastados a um ângulo:
    a. de 30º para os membros superiores, relativamente ao tronco;
    b. de 45º para os membros inferiores, entre si.
6. situações de obesidade em que existam dificuldades em afastar membros, deve usar-se material isolador de corrente (ex. toalha) entre os membros superiores e o tronco e entre os membros inferiores.

C. Condicionantes fisiopatológicas individuais:

1. não deve ser efetuada qualquer ingestão de comida ou bebida até, pelo menos, 8 horas antes da avaliação;
2. não ingerir bebidas alcoólicas nas 24 horas anteriores à avaliação;
3. suspender a toma de diurético nas 48 horas anteriores à avaliação;
4. não realizar qualquer atividade física nas 12 horas anteriores à avaliação;
5. se mulher, não deve ser avaliada durante o período menstrual;
6. como o edema interfere sempre com a medição, analisar previamente a turgescência tecidular nas extremidades;

7. concentrações anormais de electrólitos séricos afectam a medição: a avaliação só deve ser efectuada quando electrólitos séricos se encontrarem dentro dos intervalos de normalidade;

8. O consumo de fármacos modificadores do estado de hidratação (ex: esteroides, hormona de crescimento, diuréticos): a avaliação deve ser efectuada imediatamente após a toma da medicação, se a pessoa está hidricamente estável;

9. Em situações de amputação, atrofia ou hemiparesia dos membros: a avaliação realiza-se no lado não afectado.

Anexo 8

Recomendações sobre Atividade Física

A. População adulta de 18 aos 64 anos:

Para os adultos deste grupo etário, a atividade física pode incluir atividade física de lazer, transporte (por exemplo, caminhada ou andar de bicicleta), ocupacional (ou seja, no local de trabalho), tarefas domésticas, brincadeiras, jogos, actividade desportiva ou exercício planeado, no contexto do quotidiano, família e atividades na comunidade:

1. Realizar, pelo menos, 150-250 minutos de atividade física de intensidade moderada, aeróbica, durante a semana, ou realizar, pelo menos, 75-150 minutos de atividade física aeróbica de intensidade vigorosa durante a semana, ou uma combinação equivalente de atividade moderada e de intensidade vigorosa.
2. Atividade aeróbica deve ser realizada por períodos mínimos de, pelo menos, 10 minutos de duração.
3. Atividades de fortalecimento muscular devem ser feitas, envolvendo grandes grupos musculares, em 2 ou mais dias por semana.

B. População adulta de 65 e mais anos:

Para os adultos deste grupo etário, a atividade física pode incluir atividade de lazer, transporte (por exemplo, caminhada ou andar de bicicleta), ocupacional (ou seja, no local de trabalho), as tarefas domésticas, brincadeiras, jogos, actividade desportiva ou exercício planeado, no contexto do quotidiano, família e atividades na comunidade:

1. Realizar, pelo menos, 150-250 minutos de atividade física de intensidade moderada, aeróbica, durante a semana, ou realizar, pelo menos, 75-150 minutos de atividade física aeróbica de intensidade vigorosa durante a semana, ou uma combinação equivalente de atividade moderada e de intensidade vigorosa.
2. Atividade aeróbica deve ser realizada por períodos mínimos de, pelo menos, 10 minutos de duração.
3. Nos casos de reduzida mobilidade devem realizar atividade física para melhorar o equilíbrio e evitar quedas em três ou mais dias por semana.

4. Atividades de fortalecimento muscular devem ser feitas, envolvendo grandes grupos musculares, em 2 ou mais dias por semana.
5. Quando os adultos deste grupo etário não puderem realizar a quantidade recomendada de atividade física devido a situações particulares de incapacidade, devem ser tão fisicamente ativos quanto as suas capacidades e as condições de saúde o permitam.
6. No geral, em todos os grupos etários, os benefícios da implementação das recomendações acima, e de ser fisicamente ativo, superam os malefícios.
7. A fim de diminuir os riscos de lesões músculo-esqueléticas, é apropriado iniciar de forma gradual e programada a atividade física recomendada.

Fonte: Global recommendations on physical activity for health. World Health Organization 2010.

Anexo 9

Recomendações e Informação sobre Comportamentos Alimentares Saudáveis

Para informação e consulta sobre alimentação saudável, composição de alimentos e estilos de vida saudável consultar o sítio da DGS no âmbito do Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (www.alimentacaosaudavel.dgs.pt) de forma a obter uma versão atualizada e mais completa da informação aqui apresentada.

a) Informação sobre comportamentos alimentares saudáveis (11 sugestões e *checklist*)

Esta informação funcionará como *checklist* :

- ✓ Tome sempre o pequeno-almoço;
- ✓ Mantenha um padrão estável de refeições, ao longo do dia;
- ✓ Evite saltar refeições principais (Pequeno-almoço, Almoço e Jantar) e pondere juntar-lhes refeições intermédias, evitando assim estar mais de 2–2,5 horas sem comer;
- ✓ Ao pequeno-almoço prefira leite, iogurte ou queijo com reduzido teor de gordura (magro), pão escuro ou cereais integrais com pouco açucar e, eventualmente, fruta;
- ✓ A meio da manhã ou lanche, prefira os lácteos magros, a fruta, o pão escuro ou cereais integrais com pouco açucar;
- ✓ Coma sopa, diariamente, de preferência no início do almoço e do jantar;
- ✓ Consuma legumes e/ou hortaliças e/ou saladas no segundo prato da refeição principal;
- ✓ Faça da água a sua principal bebida;
- ✓ Consuma 2 a 3 peças de fruta por dia;
- ✓ Evite fritos, doces, açucar, bolachas, gelados, folhados, refrigerantes e outros alimentos com quantidades elevadas de açucar e gordura.
- ✓ Tente comer à mesa, na companhia de familiares ou amigos, evitando comer sozinho ou na companhia da televisão ou computador.

Baseado no Programa de intervenções breves da ARS Algarve. Os materiais de apoio a intervenções breves em alimentação surgiram no âmbito do Programa de Combate à Obesidade Infantil na região do Algarve.

b) Rotulagem

O rótulo é o cartão de identidade do alimento. Neste pode-se ler:

- ✓ **Lista de Ingredientes**: enumeração de todos os ingredientes por ordem decrescente do seu peso, ou seja, do ingrediente que existe em maior quantidade para o de menor quantidade.

Procure ingredientes indesejáveis e opte pelos produtos sem ou com menores quantidades desses ingredientes, como sejam:

Gorduras *Trans* - podem aparecer como gordura vegetal hidrogenada ou parcialmente hidrogenada, óleo vegetal hidrogenado ou parcialmente hidrogenado;

Gorduras Saturadas - podem aparecer como gordura animal, banha, bacon, toucinho, manteiga, natas;

Açúcares - podem aparecer como açúcar, sacarose, açúcar de cana, açúcar de beterraba, glicose, dextrose, maltose, lactose, frutose, xarope de açúcar, xarope de glucose, mel, xarope de milho, sumo de fruta, concentrado de fruta;

Sal - Pode aparecer como sódio, Na, cloreto de sódio, NaCl, nitrato de sódio.

- ✓ **Informação nutricional:**

A análise da informação nutricional permite comparar produtos semelhantes. Identifique nutrientes indesejáveis e opte pelos produtos com menor quantidade desses nutrientes, nomeadamente, açúcares, lípidos saturados ou gorduras saturadas ou ácidos gordos saturados, lípidos *trans* ou gorduras *trans* ou ácidos gordos *trans,* sódio ou Na ou sal.

Tenha atenção ao valor energético ou energia ou calorias e a quantidade de fibra dos produtos. Prefira produtos com menos calorias e mais fibras. Mas avalie o produto alimentar como um todo e não apenas pela quantidade de calorias que fornece.

c) Roda dos Alimentos

A Roda dos Alimentos*

Figura 1. Roda dos Alimentos

Fonte: "A Nova Roda dos Alimentos…Um guia para a escolha alimentar diária!". Direção-Geral da Saúde, Instituto do Consumidor, Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto.

O que é?

A Roda dos Alimentos é uma imagem ou representação gráfica que ajuda a escolher e a combinar os alimentos que deverão fazer parte da alimentação diária. Ao contrário da pirâmide, não existe uma hierarquia dos alimentos, demonstrando que todos têm igual importância.

* Adaptado de A Nova Roda dos Alimentos…Um guia para a escolha alimentar diária!". Direção-Geral da Saúde, Instituto do Consumidor, Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto.

Como é constituída?

A Roda dos Alimentos é composta por 7 grupos de alimentos de diferentes dimensões, os quais indicam a proporção de peso com que cada um deles deve estar presente na alimentação diária:

- Cereais e derivados, tubérculos – 28%
- Hortícolas – 23%
- Fruta – 20%
- Lacticínios – 18%
- Carnes, pescado e ovos – 5%
- Leguminosas – 4%
- Gorduras e óleos – 2%

A **água**, não possuindo um grupo próprio, está também representada em todos eles, pois faz parte da constituição de quase todos os alimentos. Sendo a água imprescindível à vida, é fundamental que se beba em abundância diariamente. As necessidades de água podem variar entre **1,5 e 3 litros por dia**.

Cada um dos grupos apresenta funções e características nutricionais específicas, pelo que todos eles devem estar presentes na alimentação diária, não devendo ser substituídos entre si.

Dentro de cada grupo estão reunidos alimentos com propriedades nutricionais semelhantes, podendo e devendo ser regularmente substituídos uns pelos outros de modo a assegurar a necessária variedade.

Como se utiliza?

Diariamente devem comer-se porções de todos os grupos de alimentos.

O número de porções recomendado depende das necessidades energéticas individuais. As crianças de 1 a 3 anos devem guiar-se pelos limites inferiores e os homens ativos e os rapazes adolescentes pelos limites superiores; a restante população deve orientar-se pelos valores intermédios.

O QUE É UMA PORÇÃO?*	POR DIA Quantas porções são necessárias? **
Cereais e derivados, tubérculos	4 a 11
1 pão (50g) 1 fatia fina de broa (70g) 1 e 1/2 batata - tamanho médio (125g) 5 colheres de sopa de cereais de pequeno-almoço (35g) 6 bolachas - tipo Maria / água e sal (35g) 2 colheres de sopa de arroz / massa crus (35g) 4 colheres de sopa de arroz / massa cozinhados (110g)	
Hortícolas	3 a 5
2 chávenas almoçadeiras de hortícolas crus (180g) 1 chávena almoçadeira de hortícolas cozinhados (140g)	
Fruta	3 a 5
1 peça de fruta - tamanho médio (160g)	
Lacticínios ***	2 a 3
1 chávena almoçadeira de leite (250ml) 1 iogurte líquido ou 1 e 1/2 iogurte sólido (200g) 2 fatias finas de queijo (40g) 1/4 de queijo fresco - tamanho médio (50g) 1/2 requeijão - tamanho médio (100g)	
Carnes, pescado e ovos	1,5 a 4,5
Carnes / pescado crus (30g) Carnes / pescado cozinhados (25g) 1 ovo - tamanho médio (55g)	
Leguminosas	1 a 2
1 colher de sopa de leguminosas secas cruas (ex: grão de bico, feijão, lentilhas) (25g) 3 colheres de sopa de leguminosas frescas cruas (ex: ervilhas, favas) (80g) 3 colheres de sopa de leguminosas secas / frescas cozinhadas (80g)	
Gorduras e óleos	1 a 3
1 colher de sopa de azeite / óleo (10g) 1 colher de chá de banha (10g) 4 colheres de sopa de nata (30ml) 1 colher de sobremesa de manteiga / margarina (15g)	

* As equivalências alimentares apresentadas tiveram por base valores estabelecidos de nutrientes. Glícidos/hidratos de carbono - nos grupos dos cereais e derivados, tubérculos (28g), hortícolas (6g) e fruta (14g); proteínas - no caso de lacticínios (8g) (onde também se teve em linha de conta o valor de cálcio - 300ml), carnes, pescado e ovo (6g) e leguminosas (6g); e lípidos para o grupo de gorduras e óleos (10g).
** Os valores limite (mínimo e máximo) das porções aqui recomendadas foram calculados para os valores energéticos de 1300Kcal e 3000Kcal, sendo a quantidade intermédia correspondente a um plano alimentar de 2200Kcal.
*** A generalidade da população deve consumir 2 porções, com exceção de crianças e adolescentes, que necessitam de 3 porções.

Tabela 1. Tabela de equivalências

Fonte: "A Nova Roda dos Alimentos...Um guia para a escolha alimentar diária!". Direção-Geral da Saúde, Instituto do Consumidor, Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto.

A não esquecer…

Bebidas

A água é a melhor bebida para satisfazer a sede, no entanto, também se pode recorrer a outras bebidas que não contenham adição de açúcar, álcool ou cafeína. As infusões (ex: camomila, cidreira, limão, tília) são exemplos destas bebidas.

O café, os chás e os refrigerantes contêm cafeína, substância estimulante cuja ingestão deve ser limitada a um máximo de 300mg por dia. No caso de crianças e adolescentes o seu consumo está desaconselhado.

Aconselha-se a redução da adição de açúcar nas bebidas acima mencionadas, ou até a sua eliminação, podendo substituir-se por adoçante.

Teores médios de cafeína (mg)			
1 café cheio	125	1 Refrigerante de Cola	46
1 Café médio	115	1 Chávena de Chá	36
1 Café curto	104	1 Descafeínado	2

Tabela 2. Teores médios de cafeína (mg)

Fonte: "A Nova Roda dos Alimentos…Um guia para a escolha alimentar diária!". Direção-Geral da Saúde, Instituto do Consumidor, Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto.

Açúcar e Produtos Açucarados

O consumo de alimentos ricos em açúcar deve ser feito, preferencialmente, no final das refeições, e a sua ingestão não deve ser diária mas sim restrita a ocasiões festivas. A leitura dos rótulos é fundamental na seleção de alimentos com reduzido teor em açúcares. Sob a designação de açúcares engloba-se, por exemplo, sacarose (vulgar açúcar de mesa), glucose, dextrose, frutose, maltose, lactose, açúcar invertido, mel e melaço.

Sal e produtos salgados

A quantidade de sal (quimicamente designado por cloreto de sódio – NaCl) ingerida por dia deve ser inferior a 5g. A melhor forma de satisfazer esta recomendação é moderar não só

o consumo de produtos salgados (por ex: produtos de salsicharia/ charcutaria, alimentos enlatados, batatas fritas, aperitivos) mas também a utilização de sal em natureza.

A leitura atenta dos rótulos é fundamental na seleção de alimentos com reduzido teor de sal e sódio. O termo sódio isolado ou em combinação com outras palavras (por ex: cloreto de sódio) é utilizado para descrever a fonte de sódio presente no alimento.

A substituição do sal por ervas aromáticas (aipo, alecrim, alho, cebolinho, coentro, estragão, hortelã, louro, orégãos, salsa) e especiarias (açafrão, baunilha, canela, caril, colorau, noz-moscada) na preparação e confeção de alimentos é uma boa forma de adicionar sabor e realçar a cor aos alimentos.

Manter um peso saudável

Seguir as recomendações da Roda dos Alimentos e praticar atividade física moderada e regular (ver anexo 8) é fundamental para a obtenção de um peso corporal saudável.

O que nos ensina?

De uma forma simples, a Roda dos Alimentos transmite as orientações para uma alimentação saudável, isto é, uma alimentação:

- ✓ **Completa** – comer alimentos de cada grupo e beber água diariamente;
- ✓ **Equilibrada** – comer maior quantidade de alimentos pertencentes aos grupos de maior dimensão e menor quantidade dos que se encontram nos grupos de menor dimensão, de forma a ingerir o número de porções recomendado;
- ✓ **Variada** – comer alimentos diferentes dentro de cada grupo variando diariamente, semanalmente e nas diferentes épocas do ano.

Fonte: Adaptação de "A Nova Roda dos Alimentos, Direção-Geral do Consumidor (www.consumidor.pt)"

11

ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
ADM	Pessoal administrativo / Secretariado Clínico
AVC	Acidente vascular cerebral
BIA	Bioimpedância
CCI	Cuidados Continuados Integrados
CS	Centro de Saúde
CSP	Cuidados de Saúde Primários
CH	Cuidados hospitalares
DCCV	Doença cérebro-cardiovascular
DGS	Direção-Geral da Saúde
DM	Diabetes *mellitus*
DRC	Doença renal crónica
EAM	Enfarte agudo do miocárdio
EF	Enfermeiro de Família
EPS	Educação para a saúde
H	Hospital
ICPC	Classificação Internacional dos CSP – 2ª edição
IMC	Índice de massa corporal
MF	Médico de Medicina Geral e Familiar
PA	Pressão arterial
PC	Perímetro da cintura
PII	Plano individual de intervenção, em CCI
PNPAS	Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SCORE	*Systematic Coronary Risk Evaluation*
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SU	Serviço de urgência

12

BIBLIOGRAFIA

INTRODUÇÃO

Antunes A, Moreira P:Prevalência de excesso de peso e obesidade em crianças e adolescentes portugueses. Acta Med Port;24:279-284.

Bento A, Matos C, Nova EV, Correia F, Lourenço S, Sancho T: Reunião de Consenso para a Consulta de Nutrição. VIII Encontro Nacional de Nutricionistas, 2007.

Branca F, Nikogosian H, Lobstein T (edts): The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2007.

do Carmo I, Dos Santos O, Camolas J, et al: Overweight and obesity in Portugal: national prevalence in 2003-2005. Obes Rev. 2008 Jan;9(1):11-9. Epub 2007 Nov 23.

Dor A, Ferguson C Langwith L, Tan E: A Heavy Burden: The Individual Costs of Being Overweight and Obese in the United States. Report. The George Washington University School of Public Health and Health Services. Department of Health Policy. Washington, 2010.

Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, Direção-Geral da Saúde, 2014.

Estratégia para a redução do consumo de sal na alimentação em Portugal, Direção-Geral da Saúde, Junho de 2013.

Graça P, Nogueira PJ, Silva AJ, Rosa MV, Alves MI, Afonso D, *et al*. Portugal – Alimentação Saudável em números. Direção-Geral da Saúde; 2013.

Guía de diseno y mejora continua de Procesos asistencialles integrados, 2.ª edición. Junta de Andalucía.Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

National Center for Health Statistics. Health, United States, 2012: With Special Feature on Emergency Care. Hyattsville, MD. 2013.

Orientação n.º 002/2013, de 18/02/2013, Processos Assistenciais Integrados. Direção-Geral da Saúde, 2013.

Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Direção-Geral de Saúde, 2014.

Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável – aspectos concetuais, linhas estratégicas de base e desafios atuais. Direção-Geral de Saúde, 2014.

Sardinha LB, Santos DA, Silva AM, Coelho-e-Silva MJ, Raimundo AM, et al. (2012) Prevalence of Overweight, Obesity, and Abdominal Obesity in a Representative Sample of Portuguese Adults. PLoS ONE 7(10): e47883. doi:10.1371/journal.pone.0047883.

SPCNA, Sociedade Portuguesa de Ciências da Nutrição e Alimentação. Porto, 2009.

SPEO, Estudo da prevalência da obesidade infantil em Portugal Continental. Relatório final. Sociedade Portuguesa para o Estudo da Obesidade/Plataforma contra a Obesidade – Direção-Geral da Saúde, Lisboa, 2009.

Suhrcke M, Fahey DK, McKee M (2008). Economic aspects of chronic disease and chronic disease management. In: Nolte E, McKee M (eds). Caring for people with chronic conditions: A health system perspetive. Maidenhead, Open University Press: 43–63.

Veiga P. Out-of-pocket health care expenditures due to excess of body weight in Portugal. Economics and Human Biology. 2008;6:127–42.

WHO, 2013. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. World Health Organization, Geneva.

World Health Organization Regional Office for Europe. Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being; 2012.

World Health Organization Regional Office for Europe. WHO European Region Food and Nutrition Action Plan 2014-2020. Copenhagen; 2013.

World Health Organization Regional Office for Europe. Vienna Declaration on Nutrition and Noncommunicable Diseases in the Context of Health 2020. WHO European Ministerial Conference on Nutrition and Noncommunicable Diseases in the Context of Health 2020. Vienna; 2013.

ORIENTAÇÃO n.º 002/2013, de 18/02/2013
Processos Assistenciais Integrados

Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde – Despacho 14223/2009.

Guia de desenho y mejora contínua de Procesos asistenciales integrados, 2ª edición, Junta de Andalucía, Conseje-ría de Salud.

Plano Nacional de Saúde 2012-2016.

Programa Nacional de Acreditação em Saúde - Manual de Acreditação de Unidades de Saúde-Gestão Clínica, 1ª edição.

ORIENTAÇÃO nº 017/2013, 05/12/2013
Avaliação Antropométrica do Adulto

Ashwell M, Gunn P and Gibson S. Waist-to-height ratio is a better screening tool than waist circumference and BMI for adult cardiometabolic risk factors: systematic review and meta-analysis. Obesity Reviews 2012;13: 275-286.

Browning LM, Hsieh SD and Ashwell M. A systematic review of waist-to-height ratio as a screening tool for the prediction of cardiovascular disease and diabetes: 0,5 could be a suitable global boundary value. Nutrition Research Reviews 2010; 23: 247-269.

Gibson RS. Principles of Nutritional Assessment. 2th edition. Oxford: Oxford University Press, 2005.

Jelliffe DB, Jelliffe EPF. Community Nutritional Assessment. Oxford: Oxford University Press, 1989.

Lohman TG, Roche AF, Martorell R, eds. Anthropometric Standardization Reference Manual. Champaign Illinois, USA: Human Kinetics Books, 1988.

Stewart, A., Marfell-Jones, M., Olds, T., and de Ridder, H. International standards for anthropometric assessment (2011). ISAK: Lower Hutt, New Zealand.

Waist circumference and waist–hip ratio: report of a WHO expert consultation, Geneva, 8–11 December 2008. World Health Organization, 2011.

Wang J, Thornton JC, Bari B et al. Comparisons of waist circumferences measured at 4 sites. American Journal of Clinical Nutrition 2003; 77:379-384.

WHO: 2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases, 2008.

WHO Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. WHO Technical Report Series 894. Geneva: World Health Organization, 2000.

WHO Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. WHO Technical Report Series 854. Geneva: World Health Organization, 1995.

WHO STEPS surveillance, Part 3, Section 3: Guide to Physical Measurements, Last Updated: 12 December 2008.

INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA

BPS – OBESITY WORKING GROUP (2011). Obesity in UK: A psychological perspective. The British Psychological Society, Professional Practice Board.

OCKENE, J.K. (2009). Interventions for Lifestyle Change. In Sally A. Shumaker, Judith K. Ockene & Kristin Riekert (Eds.), The Handbook of Health Behavior Change (pp 191-305). New York: Springer, Third Edition.

ROLLNICK, S., MILLER, W, & BUTLER, C. (2007). Motivational Interviewing in Healthcare. New York: Guilford Press.

BIOIMPEDÂNCIA

Bioelectrical impedance analysis in body composition measurement: National Institutes of Health Technology Assessment Conference Statement. Am J Clin Nutr 1996;64:524S.

Golding J, Pembrey M, Jones R, ALSPAC study team (2001). The Avon Longitudinal Study of Parents and Children. I. Study methodology. Paediatr Perinat Epidemiol 15, 74–87.

Kyle UG, Bosaeus I, De Lorenzo AD, Deurenberg P, Elia M, Manuel GJ, Lilienthal Heitmann B, Kent-Smith L, Melchior JC, Pirlich M, Scharfetter H, Schols WJ, Pichard C. Bioelectrical impedance analysispart II: utilization in clinical practice. Clin Nutr 2004; 23(6):1430-1453.

Lukaski, HC. Methods for the assessment of human body composition: traditional and new. Am J Clin Nutr 1987;46:537-56.

DGS desde 1899
Direção-Geral da Saúde

Alameda D. Afonso Henriques, 45
1049-005 Lisboa - Portugal
Tel: +351 21 843 05 00
Fax: +351 21 843 05 30
E-mail: geral@dgs.pt