



Avaliação dos hábitos alimentares nos cuidados de saúde primários: uma ferramenta de apoio à prática clínica

Catarina Metelo-Coimbra,¹ Ana Cecília Barbosa,² Ana Cláudia Paiva,³ Sofia Padrão Tadeu,⁴ Nuno Junqueira Neto⁵

RESUMO

Introdução: A prevalência do excesso de peso e obesidade tem vindo a aumentar nas últimas décadas, atingido cerca de 60% da população portuguesa. Estas patologias associam-se a elevada morbimortalidade, traduzindo-se num incremento de custos em saúde. Os cuidados de saúde primários (CSP) são responsáveis por intervir preventivamente junto da população, promovendo estilos de vida saudáveis.

Objetivo: Criar uma ferramenta informática de apoio à prática clínica que permita ao médico de família (MF) abordar, de forma interativa e personalizada, o excesso de peso e a obesidade em adultos.

Métodos: A ferramenta foi idealizada para integrar o layout do SCLínico®, sendo identificada através de botão alusivo à alimentação. O clique permitiria a abertura de um questionário dividido em duas partes. Inicialmente calcular-se-iam as necessidades energéticas diárias do indivíduo (em kcal), segundo o método de *Harris-Benedict*. De seguida, seria obtido um valor estimado do aporte calórico diário, através do registo de um diário alimentar de 24 horas. A conversão dos alimentos referidos pelo utente em kcal seria automática, com recurso a uma base de dados pré-existente. Após preenchimento, pela diferença entre as necessidades calóricas do indivíduo e o aporte dietético obter-se-ia o balanço diário em kcal. Este valor poderia ser apresentado ao utente como ponto de partida para intervenção breve pelo MF, diálogo sobre erros alimentares e reflexão acerca da dualidade consumo/gasto energético. A ferramenta permitiria ainda a consulta do histórico de registos prévios e a impressão de folhetos de educação para a saúde. Como principal obstáculo à sua implementação, os autores destacam o tempo limitado de consulta.

Discussão e Conclusão: As medidas antecipatórias e cuidados preventivos são prioridades nos CSP. A ferramenta proposta amplificaria os dados disponíveis para a intervenção breve pelo MF sobre os hábitos alimentares dos utentes, promovendo e melhorando a prática dessa abordagem nos CSP, em linha com os objetivos nacionais.

Palavras-chave: Hábitos alimentares; Balanço energético; Atividade física; Intervenção breve; Prevenção; Cuidados de saúde primários.

INTRODUÇÃO

As doenças crónicas não transmissíveis constituem a principal causa de morte a nível global, apresentando-se como um dos maiores desafios para a saúde no século XXI.¹ Destas, a obesidade detém especial relevo, tendo a sua prevalência mundial quase triplicado entre 1975 e 2016.² A obesidade é uma doença crónica associada ao

aumento do risco de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, doença coronária e patologias como a apneia obstrutiva do sono e a osteoartrose, tornando

1. USF Santa Justa, ACeS Maia/Valongo. Valongo, Portugal.
2. USF Uma Ponte Para a Saúde, ACeS Santo Tirso/Trofa. Trofa, Portugal.
3. USF São João de Sobrado, ACeS Maia/Valongo. Sobrado, Portugal.
4. USF Ponte Velha, ACeS Santo Tirso/Trofa. Santo Tirso, Portugal.
5. USF Lidador, ACeS Maia/Valongo. Maia, Portugal.



perceptível a sua relação com uma elevada mortalidade e morbilidade, o que se traduz não só em prejuízos diretos para a população como num incremento dos custos em saúde.³

Na população portuguesa adulta, os estudos apontam uma prevalência do excesso de peso na ordem dos 34 a 39%, com a obesidade a atingir valores entre 22 e 29%.⁴⁻⁵ Nesse sentido, as medidas antecipatórias e os cuidados preventivos relativos à obesidade aplicados pelo médico de família (MF) constituem um pilar essencial na promoção da saúde.¹ Para se atingirem os objetivos de controlo do peso é fundamental aumentar a literacia em saúde, enfatizando junto da população que um aporte calórico excessivo, superior à quantidade de energia gasta, é fator determinante de excesso de peso e obesidade.⁶⁻⁷ Segundo os dados da balança alimentar portuguesa, no período entre 2016 e 2020 verificou-se uma disponibilidade energética diária média por habitante de 4.075 kcal, o que representa duas vezes o valor recomendado para um adulto com peso médio saudável.⁷

A experiência com ferramentas de apoio à prática clínica não é uma novidade para o MF em áreas como o tabagismo e a atividade física, instrumentos disponíveis desde 2017 e que têm registado uma adesão sustentadamente crescente pelos profissionais de saúde.⁸⁻¹⁰ Não obstante, no contexto da nutrição, as ferramentas de apoio à prática clínica são uma realidade apenas em contexto hospitalar, sendo dirigidas à avaliação do risco de desnutrição.¹¹ O risco de excesso de peso e obesidade não é atualmente objetivado em nenhum campo do SClínico® nos cuidados de saúde primários (CSP), estando o MF limitado à possibilidade de registo do peso e da altura, através dos quais é calculado o índice de massa corporal (IMC) do utente.⁸

Assim, os autores propõem a criação de uma ferramenta informática de apoio à prática clínica que permita a avaliação do aporte calórico diário estimado do utente, possibilitando a comparação deste valor com o das necessidades energéticas individuais. São objetivos principais deste recurso a promoção da educação para a saúde, o aumento do grau de motivação relativamente à perda de peso, o reforço dos benefícios inerentes a essa perda e o apoio aos utentes no atingimento do peso ideal para a altura e necessidades energéticas individuais. A ferramenta proposta permitiria

ainda minimizar eventuais lacunas na abordagem do MF a esta área, em complemento com os documentos disponibilizados pelas entidades competentes no âmbito do Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS).¹²

MÉTODOS

A ferramenta proposta foi idealizada para integrar um programa utilizado rotineiramente na prática clínica dos CSP, o SClínico®. Ao iniciar a consulta, o MF abre uma janela principal na qual faz os seus registos de acordo com o modelo SOAP.¹³ É neste ambiente que se registam os problemas do utente, nomeadamente o excesso de peso (T83) ou a obesidade (T82), de acordo com a *International Classification of Primary Care* (ICPC-2).¹³⁻¹⁴ No ambiente SOAP encontra-se disponível a ficha individual, que permite o registo de parâmetros como o peso e a altura (Figura 1).

Para permitir o acesso à ferramenta sugere-se a criação de um botão alusivo à temática da nutrição na barra superior do ambiente «ficha individual», como complemento aos botões já existentes e referentes à avaliação de problemáticas de estilo de vida como a atividade física e o tabagismo.⁸ Carregando nesse botão, designado «alimentação», surgiria a ferramenta «questionário de avaliação de hábitos alimentares» (Figura 2), dividida em duas secções.

Na primeira parte seria realizado o cálculo das necessidades energéticas diárias do indivíduo para manter as funções vitais do organismo, segundo o método de *Harris-Benedict*, o qual utiliza o produto de dois fatores: a taxa de metabolismo basal (TMB) e o nível de atividade física.¹⁵ Após preenchimento, o resultado surgiria na secção inferior da ferramenta, identificado como «necessidades (kcal)» (Figura 2).

A TMB diz respeito à quantidade de energia que o organismo consome em repouso.¹⁵ Para a sua determinação são considerados quatro parâmetros (género, idade, altura e peso) e utilizadas as seguintes fórmulas:¹⁵

- TMB mulher = $655,1 + [9,5 \times \text{peso (kg)}] + [1,8 \times \text{altura (cm)}] - (4,7 \times \text{idade})$
- TMB homem = $66,5 + [13,8 \times \text{peso (kg)}] + [5 \times \text{altura (cm)}] - (6,8 \times \text{idade})$

Salienta-se que todos estes parâmetros são objetivos, pelo que os valores seriam automaticamente preenchidos pelo sistema informático, integrando a



Figura 1. Ambiente da ficha individual, com várias funcionalidades. Os autores sugerem a adição de um botão com a legenda «alimentação», alusivo à ferramenta de apoio à prática clínica proposta (assinalado por seta).

informação disponível noutras secções do SClínico®, como a ficha individual ou os registos de enfermagem no separador «vigilâncias» (Figura 1).

Quanto ao nível de atividade física, de acordo o método de *Harris-Benedict*, são consideradas as seguintes categorias, cada qual correspondendo a um fator de atividade:

- Sedentário = 1,2;
- Exercício físico leve ou prática desportiva de 1 a 2 dias por semana = 1,375;
- Exercício físico moderado ou prática desportiva de 3 a 5 dias/semana = 1,550;
- Exercício físico intenso ou prática desportiva de 6 a 7 dias/semana = 1,725.¹⁵

As categorias apresentadas refletem níveis variados de atividade física registados ao longo do período de uma semana.¹⁵ Para responder a esta questão, o MF conversaria com o utente e, de acordo com a informação obtida, selecionaria a opção mais pertinente para cada caso. Apesar de passíveis de alguma subjetividade na interpretação, a apresentação dos fatores de atividade no questionário poderia ser complementada com uma legenda mais pormenorizada ao passar o cursor em cada uma das opções, apoiando o MF na escolha do nível mais adequado à realidade de cada utente.

A segunda parte da ferramenta teria como objetivo o cálculo do aporte calórico diário estimado do utente. Uma das ferramentas mais utilizadas na colheita de in-

formação detalhada sobre o consumo de alimentos e bebidas é o diário de 24 horas (D24h).¹⁶ Este método consiste na definição e quantificação de todos os alimentos e bebidas ingeridas no período anterior à aplicação do questionário, que podem ser as 24 horas precedentes ou, geralmente, o dia anterior.¹⁶ Assim, estariam disponíveis para preenchimento seis campos correspondentes ao pequeno-almoço, lanche da manhã, almoço, lanche da tarde, jantar e ceia (Figura 2). O objetivo seria o MF efetuar o preenchimento, selecionando até seis dos alimentos habitualmente consumidos pelo utente em cada refeição, a partir de uma lista pré-definida e à qual estaria subjacente uma contagem de calorias. Essa quantificação seria concretizada com recurso à base de dados da Tabela da Composição de Alimentos, do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA), uma referência nacional para consulta da composição dos alimentos mais consumidos em Portugal, reunindo informação atualizada e relativa a múltiplas características (como o valor energético, composição em macro e micronutrientes, teor em sal, entre outros) presentes em mais de um milhar de alimentos diferentes, considerando aspetos como as porções e a forma de preparação (alimentos crus, cozinhados e processados).¹⁷ O resultado do preenchimento dos campos seria apresentado na secção inferior da ferramenta, como «aporte dietético (kcal)» (Figura 2).

Após aplicação do questionário, pela diferença entre as «necessidades (kcal)» e o «aporte dietético (kcal)»



Figura 2. Protótipo da ferramenta de apoio à prática clínica proposta.

obter-se-ia automaticamente o balanço diário, que estaria em destaque na ferramenta proposta. Conforme os consumos do utente, este balanço poderá ser positivo (excesso de aporte calórico para as necessidades, com destaque a vermelho), nulo ou negativo (aporte inferior às necessidades diárias, representado a verde).

O objetivo da ferramenta seria proporcionar, após preenchimento, uma oportunidade para o MF conversar com o utente sobre o resultado obtido, sob a forma de intervenção breve, a qual poderia complementar o modelo de abordagem proposto pelas entidades competentes.¹² Mais ainda, durante o registo do diário alimentar, o MF poderia identificar alguns erros alimentares praticados pelo utente, sugerindo-lhe alternativas e desmistificando ideias pré-concebidas que fossem identificadas neste processo.

De forma complementar, sugere-se a criação do botão «folhetos», na parte superior da ferramenta, a partir do qual seria possível disponibilizar prospectos informativos sobre nutrição (através de impressão ou envio por correio eletrónico), para auxiliar o utente a modificar o seu estilo de vida (Figura 3). Os folhetos disponibilizados seriam provenientes de fontes oficiais, nomeadamente do PNPAS, e permitiriam sustentar a informação fornecida durante a intervenção breve pelo ME, assim como contornar a limitação do tempo disponível para a aplicação desta ferramenta em consulta.¹⁸ De forma a monitorizar a evolução dos hábitos alimentares do utente ao longo do tempo, a ferramenta daria ainda a possibilidade de acesso a registos de avaliações anteriores, que poderiam ser recuperados com recurso ao separador «histórico» (Figura 2), à semelhança de outros recursos disponíveis no SClínico®.⁸

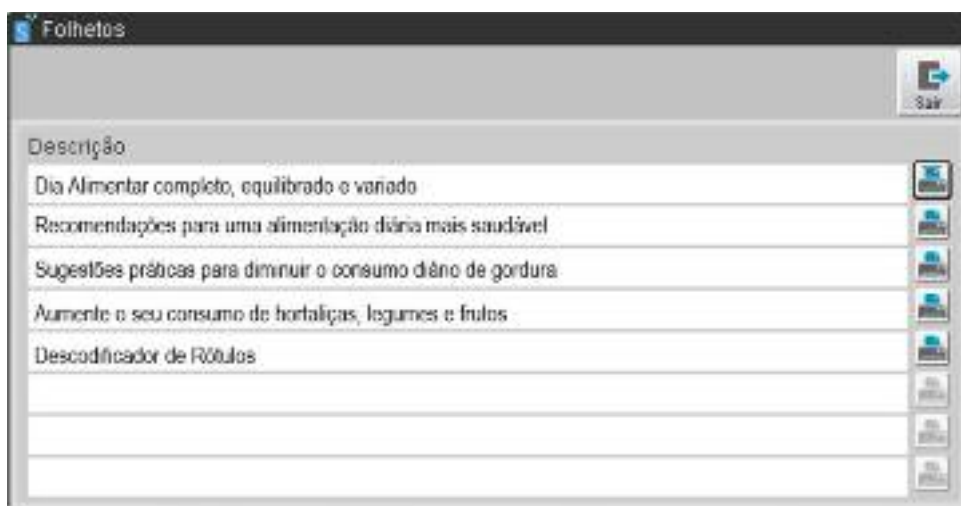


Figura 3. Janela «folhetos», incluída na ferramenta proposta, que permite a visualização e impressão de material informativo da Direção-Geral da Saúde.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Os CSP são um importante pilar do sistema de saúde português. A acessibilidade, a continuidade de cuidados e a abordagem holística são algumas das características e competências da especialidade de medicina geral e familiar.

A evidência científica disponível sugere que os modelos de intervenção breve que integram a atividade assistencial programada dos CSP constituem ferramentas de intervenção custo-efetivas.¹⁹ Nessa linha foi publicado, em 2021, um modelo de aconselhamento breve para a alimentação saudável que pretendeu uniformizar procedimentos relativos à abordagem inicial por parte do MF, com duração inferior a dez minutos.¹² Baseando-se nos modelos de intervenção motivacional, o documento tem em consideração as dificuldades inerentes à mudança do comportamento alimentar, assentando no pressuposto de que todo e qualquer contacto com o utente no âmbito dos CSP deve ser considerado como uma oportunidade para a promoção da alimentação saudável.¹²

Esta abordagem não exclui nem substitui a necessária intervenção por profissionais de saúde especializados em nutrição, cuja atividade está prevista nos CSP.^{12,20} Contudo, o número total de nutricionistas a exercer no Serviço Nacional de Saúde é manifestamente inferior às necessidades estimadas para a população portuguesa,

o que se afigura como importante limitação aos objetivos do PNPAS.^{12,20} Mais ainda, em termos de dados disponíveis como ponto de partida para a intervenção breve, o MF dispõe apenas do registo do peso e do IMC do utente no SClínico®, não estando previstos campos para registo de informação relacionada com os hábitos alimentares, como a carga de calorias consumida, a qual é particularmente informativa.^{8,12}

Perante esta realidade, os autores sentiram-se motivados para o desenvolvimento de uma ferramenta de apoio à prática clínica para avaliação dos hábitos alimentares, complementar ao modelo de intervenção proposto pelas entidades competentes.^{8,12} A maior disponibilidade de dados alcançada pela análise das respostas dadas ao questionário permitiria amplificar os tópicos suscetíveis de intervenção breve pelo MF, a que idealmente se seguiria o estabelecimento de um plano individual de cuidados para as consultas subsequentes.¹² A disponibilização de folhetos de educação para a saúde aos utentes complementaria esta abordagem, tendo em conta a limitação da duração da consulta nos CSP.¹⁸

Os autores reconhecem que o MF está atualmente sobrecarregado com várias tarefas clínicas e burocráticas, pelo que o tempo disponível para consulta poderá efetivamente constituir o principal obstáculo à utilização desta ferramenta.¹⁸ Consideram ainda que alguns profissionais de saúde podem não se sentir motivados



para a temática da alimentação e, dessa forma, não dar uso a um recurso deste tipo na prática clínica. Apesar de ter sido desenvolvida para ser intuitiva, a sua implementação requer um processo de aprendizagem, o que também pode constituir um entrave. Em todo o caso, os autores consideram que este tipo de recurso seria uma mais-valia, não identificando malefícios no seu desenvolvimento. Salienta-se ainda que, antes de ser integrada no SCLínico®, a ferramenta proposta beneficiaria de validação e verificação de exequibilidade através da realização de um estudo piloto.

Do ponto de vista do utente, a aplicação do questionário sob a forma de D24h facilita a recordação, uma vez que pode utilizar vários parâmetros como referência, tais como a hora a que acordou ou a que se deitou e a rotina do trabalho.¹⁶ Por outro lado, apresenta como desvantagens o facto de depender da memória do entrevistado, o inconveniente dos consumos do dia anterior poderem ter sido atípicos, a possibilidade de omissões inconscientes e o facto de um único recordatório não estimar a dieta habitual.¹⁶ Não obstante, é um questionário de rápida aplicação que pode ser utilizado em qualquer faixa etária, através de inquérito ao próprio utente (a partir dos doze anos) ou ao cuidador (na infância ou em situações de dependência), apresentando baixo custo.¹⁶

Em suma, os autores acreditam que esta ferramenta permitiria motivar e melhorar o aconselhamento breve do MF na área da nutrição, em linha com os objetivos do PNPAS.¹² A intervenção precoce ao nível dos CSP pode contribuir para a diminuição da progressão da obesidade, para o melhor controlo e tratamento após a sua instalação, para um menor risco de complicações associadas e, consequentemente, para uma menor necessidade de referenciação e utilização de cuidados secundários, a nível hospitalar.^{12,19} O modelo de intervenção breve para a modificação dos estilos de vida deve ser implementado em paralelo com a definição estratégica de políticas públicas, promoção de ações na população e divulgação de orientações precisas que promovam a literacia em saúde a nível nacional, nomeadamente no que diz respeito à nutrição e alimentação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Noncommunicable diseases country profiles 2018 [homepage]. Geneva: WHO; 2018. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274512>
2. NCD Risk Factor Collaboration. Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128.9 million children, adolescents, and adults. *Lancet*. 2017;390(10113):2627-42.
3. Direção-Geral da Saúde. A obesidade como doença crónica [homepage]. Lisboa: DGS; [s.d.; cited 2022 Feb 4]. Available from: <https://www.dgs.pt/doencas-cronicas/a-obesidade.aspx>
4. Gaio V, Antunes L, Namorado S, Barreto M, Gil A, Kyslaya I, et al. Prevalence of overweight and obesity in Portugal: results from the First Portuguese Health Examination Survey (INSEF 2015). *Obes Res Clin Pract*. 2018;12(1):40-50.
5. Lopes CT, Torres D, Oliveira A, Severo M, Alarcão V, Guiomar S, et al. Inquérito alimentar nacional e de atividade física, IAN-AF 2015-2016: relatório de resultados [Internet]. Porto: Universidade do Porto; 2017. ISBN 9789897461811. Available from: https://ian-af.up.pt/sites/default/files/IAN-AF%20Relat%C3%B3rio%20Resultados_0.pdf
6. Direção-Geral da Saúde. Manual de boas práticas literacia em saúde: capacitação dos profissionais de saúde. Lisboa: DGS; 2019. ISBN 9789726752882
7. Instituto Nacional de Estatística. Balança alimentar portuguesa, 2016-2020. Lisboa: INE; 2021. ISBN 9789892505633
8. Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. SCLínico – Cuidados de saúde primários: release notes da versão 2.4 [Internet]. Lisboa: SPMS; 2017. Available from: https://spms.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/07/SCLINICO-V-2.4-Release-Notes_0_4.pdf
9. Shinn C, Salgado R, Rodrigues D. National programme for promotion of physical activity: the situation in Portugal. *Cienc Saude Colet*. 2020; 25(4):1339-48.
10. Ministério da Saúde. Acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas: relatório anual [Internet]. Lisboa: Ministério da Saúde; 2021 [cited 2022 Feb 4]. Available from: https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/09/Relatorio-do-Acesso_VF.pdf
11. Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. Risco nutricional: SCLínico - Manual de utilizador, todos os perfis [Internet]. Lisboa: SPMS; 2019. Available from: <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp2020/wp-content/uploads/2020/01/Manual-de-utilizador-Risco-Nutricional.pdf>
12. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. Aconselhamento breve para a alimentação saudável nos cuidados de saúde primários: modelo de intervenção e ferramentas 2020 [Internet]. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2020. Available from: https://nutrimento.pt/activeapp/wp-content/uploads/2021/01/PNPAS_aconselhamentobreve-.pdf
13. Queiroz MJ. SOAP revisitado [SOAP revisited]. *Rev Port Clin Geral*. 2009;25(2):221-7. Portuguese
14. Verbeke M, Schrans D, Deroose S, De Maeseneer J. The International Classification of Primary Care (ICPC-2): an essential tool in the EPR of the GP. *Stud Health Technol Inform*. 2006;124:809-14.
15. Harris JA, Benedict FG. A biometric study of human basal metabolism. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 1918;4(12):370-3.
16. Bingham SA, Gill C, Welch A, Day K, Cassidy A, Khaw KT, et al. Comparison of dietary assessment methods in nutritional epidemiology: weight



- hed records v. 24 h recalls, food-frequency questionnaires and estimated-diet records. *Br J Nutr.* 1994;72(4):619-43.
17. PortFIR. Tabela da composição de alimentos: plataforma Portuguesa de informação alimentar v. 4.0. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge; 2019.
18. Sousa JC. Quanto tempo é tempo bastante? [How long is long enough]. *Rev Port Clin Geral.* 2006;22(5):549-53. Portuguese
19. Fleming MF. Screening and brief intervention in primary care settings. *Alcohol Res Health.* 2004;28(2):57-62.
20. Ferreira B, Cordeiro T, Bento A. Integração dos nutricionistas no Serviço Nacional de Saúde em Portugal [Integration of nutritionists in Portugal's National Health Service]. *Acta Port Nutr.* 2017;(8):16-21. Portuguese

CONTRIBUTO DOS AUTORES

Conceptualização, CMC, ACB, ACP, SPT e NJN; metodologia, CMC, ACB, ACP,

SPT e NJN; investigação, CMC, ACB, ACP, SPT e NJN; redação do draft original, CMC, ACB, ACP, SPT e NJN; revisão e validação do texto final, CMC, ACB, ACP, SPT e NJN; visualização, CMC; supervisão, CMC.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não possuir quaisquer conflitos de interesse.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Catarina Metelo-Coimbra

E-mail: catarinametelocoimbra@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-0361-9661>

Recebido em 07-11-2021

Aceite para publicação em 01-06-2022

ABSTRACT

EATING HABITS' ASSESSMENT IN PRIMARY HEALTH CARE: A CLINICAL PRACTICE SUPPORT TOOL

Introduction: The prevalence of overweight and obesity has increased in recent decades, reaching about 60% of the Portuguese population. These pathologies are associated with higher morbidity and mortality, translating into an increase in health care expenditure. Primary Health Care (PHC) is responsible for intervening preventively in the population and promoting healthy lifestyles.

Objective: Create a computer clinical practice support tool that allows the family doctor (FD) to address, in an interactive and personalized way, overweight and obesity in adults.

Methods: This tool, designed to integrate the SClínico® layout, would be identified by a button referring to nutrition. Clicking on it would open a questionnaire divided into two parts. Initially, the individual's daily energy needs would be calculated (in kcal), according to the Harris-Benedict Method. Then, an estimation of the daily caloric intake would be obtained using a 24-hour food diary report. The conversion into kcal would be done automatically, using a national database. After filling out the questionnaire, the difference between the individual's caloric needs and the dietary intake would be presented as a daily balance in kcal. This value could be presented to the patient as a starting point for a brief intervention by the FD, dialogue on food errors, and reflection on the consumption/energy expenditure duality. The tool would also allow the consultation of the history of previous records and the printing of health education leaflets. As the main obstacle to its implementation, the authors highlight the limited consultation time.

Discussion and Conclusion: Anticipatory measures and preventive care are priorities in PHC. The proposed tool would amplify the available data for the performance of a brief intervention on patients' eating habits by the FD, thus promoting and improving this approach in PHC, in line with the national objectives.

Keywords: Food habits; Energy balance; Physical activity; Brief intervention; Prevention; Primary health care.
