

MELHORAR A LITERACIA EM SAÚDE:
CHECKLIST PARA A GESTÃO DA OBESIDADE EM ADULTOS
EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

José Feliz / Marisa Brito / Patrícia Rodrigues

Introdução

O objetivo deste trabalho é a aplicação dos conhecimentos teóricos, e das competências adquiridas e desenvolvidas durante o curso de Pós-Graduação em Literacia em Saúde, constituindo o documento de avaliação das unidades curriculares nesse período.

A conjugação entre os conhecimentos teóricos, a prática profissional e a reflexão sobre a mesma permite a construção da nossa identidade enquanto profissionais de saúde, num processo dinâmico de aprendizagem. Deste modo, propomo-nos desenvolver uma *checklist* dirigida aos profissionais de saúde para a gestão da obesidade em adultos em cuidados de saúde primários.

Obesidade: Definição, epidemiologia, fatores de risco e comorbilidades

A obesidade constitui um dos principais problemas de saúde pública na atualidade (Direção-Geral da Saúde, 2017; Goes et al., 2015; Vaz, 2014). Em 2016, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reportou, a nível mundial, que 39% dos adultos com idade igual ou superior a 18 anos apresentavam pré-obesidade e 13% eram obesos (World Health Organization, 2018).

Em Portugal estima-se que dois terços da população adulta portuguesa (18-64 anos), sensivelmente 5,9 milhões de pessoas, apresentam pré-obesidade ou obesidade (Carmo et al., 2007; Gaio et al., 2017; Sardinha, 2012). Quando comparados os resultados obtidos entre 2003-2005 (Carmo et al., 2007) com os do relatório do IAN-AF (2015-

2016) constata-se um decréscimo da pré-obesidade (39,4% vs. 36,5%) e um aumento da obesidade (14,2% vs 21,6%).

A pré-obesidade e a obesidade são definidas como situações em que existe uma acumulação excessiva de massa gorda corporal, com potencial impacto negativo na saúde (WHO, 2018). Segundo a OMS, ambas são diagnosticadas através do cálculo do índice de massa corporal (IMC)¹. Para além do IMC, o perímetro abdominal – utilizado como estimador de gordura visceral – é concomitantemente usado face ao risco da adiposidade excessiva nesta zona corporal (DGS, 2017; Vaz, 2014).

A obesidade, doença crónica de etiologia multifatorial, é proveniente do desequilíbrio entre as calorias consumidas e as calorias gastas (DGS, 2017; Fock & Khoo, 2013; Vaz, 2014; Wirth, Wabitsch, & Hauner, 2014; WHO, 2018). O aumento do consumo de alimentos processados, ricos em gorduras, e o decréscimo da atividade física consequente do sedentarismo, providenciou o aumento da obesidade. Estas mudanças são resultado do desenvolvimento ambiental e social da última década (Carmo et al., 2007; Fock & Khoo, 2013; Vaz, 2014; WHO, 2018).

O aparecimento e desenvolvimento de múltiplas patologias, como doenças cardiovasculares (enfarte de miocárdio, doença isquémica cardíaca ou hipertensiva), diabetes *mellitus* tipo 2, distúrbios ósseos (osteoartrose), problemas respiratórios e cancro (próstata, mama, color-retal, endométrio, renal) estão associados ao aumento do IMC (DGS, 2017; Faruqi et al., 2015; Fock & Khoo, 2013; Vaz, 2014; Williams, Mesidor, Winters, Dubbert, & Wyatt, 2015; Wirth et al., 2014; WHO, 2018). A esperança média de vida nestes indivíduos é reduzida entre 4-7 anos (Fock & Khoo, 2013; Hruby & Hu, 2015), sendo a obesidade a segunda causa de morte após o tabagismo (Hruby & Hu, 2015).

A pré-obesidade e a obesidade são mais prevalentes nos homens que nas mulheres. No entanto, a obesidade abdominal é mais prevalente nas mulheres (Gaio et al., 2017; Sardinha, 2012). Ademais, a prevalência da obesidade é superior em indivíduos com baixo nível de

¹ IMC entre 25,0 e 29,9 kg/m²: pré-obesidade / IMC igual ou superior a 30,0 kg/m²: obesidade.

escolaridade. Baixos níveis socioeconómicos, por sua vez, estão relacionados com pior qualidade de vida relacionada com a saúde (DGS, 2017; Carmo et al., 2007; Gaio et al., 2017; Sardinha, 2012).

Devido ao fato de ser uma doença multifatorial e estar associada aos estilos de vida individuais, a obesidade é uma doença de difícil tratamento (DGS, 2017; Hruby & Hu, 2015; Vaz, 2014). Quanto mais tempo estiver instalada, mais difícil será o seu tratamento (Vaz, 2014). No entanto, segundo a OMS, é uma doença que pode ser prevenida.

A mudança dos estilos de vida, nomeadamente, do padrão alimentar e de atividade física, está comprovada como eficiente no tratamento da obesidade (DGS, 2017; Hruby & Hu, 2015; Rao, 2010; Santana, Santos, & Nogueira, 2009; Vaz, 2014; Wirth et al., 2014; WHO, 2018). O ambiente terapêutico centrado no doente é essencial para a mudança comportamental, necessária para a perda de peso e sua manutenção (Faruqi et al., 2015; Santos, 2010; Vaz, 2014; Wirth et al., 2014).

Para além do impacto individual e social, a pré-obesidade e a obesidade representam um significativo impacto económico (DGS, 2017; Gaio et al., 2017; Hruby & Hu, 2015; Sardinha, 2012; Santos, 2010; Vaz, 2014). Estima-se que 2,1-4,7% dos custos totais dos cuidados de saúde e 2,8% dos custos hospitalares totais se devem à pré-obesidade e à obesidade (Hruby & Hu, 2015).

Obesidade e Literacia em Saúde

Nos últimos anos surgiu a necessidade urgente de entender os conhecimentos e crenças de saúde dos indivíduos e a sua relação com os comportamentos que afetam a sua saúde e bem-estar (Santos, 2010; Teixeira & Marques, 2017).

A transformação de crenças erradas em corretas aumenta a possibilidade da adoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis. Deste modo, a baixa literacia em saúde é um fator de risco para patologias que, como a obesidade, têm o comportamento como causa e implicam a autogestão da mesma (Santos, 2010).

A baixa literacia em saúde está associada a maiores taxas de hospitalização e uso excessivo dos serviços de saúde, à diminuição da utiliza-

ção de medidas preventivas e uso inadequado de medicamentos (Faruqi et al., 2015; Santos, 2010). Relativamente à obesidade, existe a inabilidade de compreender e interpretar corretamente as recomendações nutricionais – maiores dificuldades na leitura de rótulos, aumento do tamanho das doses alimentares e alimentação baseada em crenças e/ou mitos –, conduzindo ao aumento do IMC (Cha, Crowe, Braxter, & Jennings, 2016; Faruqi et al., 2015; Goes et al., 2015; Santos, 2010).

O estigma associado à obesidade é uma das barreiras que dificulta o acesso ao emprego, aos cuidados de saúde e à educação, devido maioritariamente à disseminação de estereótipos negativos que relatam que as pessoas obesas são preguiçosas, desmotivadas e sem autodisciplina (Canadian Obesity Network, 2017).

Abordagem dos 5As para a obesidade

Os profissionais de saúde desconhecem frequentemente os seus preconceitos relativamente às pessoas com obesidade. No entanto, referem ter menos paciência, menos desejo de ajudar e menos respeito pelas pessoas com obesidade, particularmente quando estas apresentam uma obesidade severa (Campos & Nadglowski, 2016).

Uma elevada percentagem de profissionais de saúde sente não ter um treino adequado para a gestão da obesidade, referindo também a falta de equipamento apropriado para o auxílio dos pacientes (Asselin et al., 2017; Torti et al., 2017).

O Modelo dos 5As para a obesidade, desenvolvido pela *Obesity Canada*, assenta em cinco princípios-chave, nomeadamente:

- A obesidade é uma doença crónica;
- A gestão da obesidade trata de melhorar a saúde e qualidade de vida, e não apenas de diminuir os números na balança;
- As intervenções precoces pretendem identificar as causas e remover obstáculos;
- O sucesso é diferente para cada pessoa;
- O “melhor” peso de uma pessoa pode nunca chegar a ser o seu peso “ideal”.

Esta ferramenta denomina-se 5As, uma vez que os seus cinco tópicos são *ask, assess, advise, agree, assist*. Ferramentas deste género devem ter em conta uma abordagem simples, organizada, estandardizada e passível de ser replicada pelos profissionais de saúde (Sturgiss & Van Weel, 2017; Vallis, Piccinini-Vallis, Sharma, & Freedhoff, 2013).

A utilização desta abordagem tem sido associada ao aumento da motivação e mudança comportamental por parte das pessoas com obesidade (Fitzpatrick et al., 2016).

A primeira etapa do modelo é *perguntar (ask)* – princípio da entrevista motivacional, facilitador da mudança de comportamento orientada para o paciente.

Sendo o peso um tema sensível para a maioria dos pacientes, devido à vergonha/constrangimento ou por temerem serem culpados e estigmatizados, deve começar-se por pedir permissão para falar sobre o assunto. Indivíduos mais literados assumem mais facilmente a responsabilidade pela sua saúde. Assim, comunicam mais facilmente com os profissionais de saúde, tendo menos constrangimento de fazer perguntas (Sørensen, 2013).

Após a sua permissão, não deverão ser feitos juízos de valor e/ou pressupostos relativamente aos estilos de vida ou motivação (a pessoa pode já fazer dieta ou ter perdido peso, por exemplo) (Asselin et al., 2017; Torti et al., 2017; Vallis et al., 2013; Vallis & Sharma, 2012). De ressaltar, que o termo “peso” tem um impacto positivo sobre os pacientes comparativamente ao termo “obesidade” (Vallis et al., 2013).

Deverá ser explorada a disponibilidade do paciente para a mudança, pois se este não estiver preparado para a mesma pode originar frustração e, conseqüentemente, impedir esforços futuros (Vallis et al., 2013; Vallis & Sharma, 2012).

A segunda etapa é *avaliar (assess)* o estado de saúde do paciente através do cálculo do IMC e do perímetro abdominal. Para além disso, devem ser considerados todos os fatores determinantes – mentais, mecânicos, metabólicos e monetários – e as complicações e barreiras relativas à obesidade (Vallis et al., 2013; Vallis & Sharma, 2012).

A terceira etapa é *aconselhar (advise)* os pacientes que se encontram mais recetivos após as duas últimas fases (Vallis et al., 2013). São

abordados os riscos da obesidade e os benefícios da perda de peso, projetando sempre a melhoria da saúde e do bem-estar, ao invés de simplesmente perder peso. Nesta fase são discutidas as opções de tratamento e explicada a necessidade de ter uma estratégia a longo prazo (Vallis & Sharma, 2012).

A quarta etapa é *concordar (agree)*, explicada como uma negociação respeitada por ambas as partes (Vallis et al., 2013). Muitas das expectativas dos pacientes são irrealistas, podendo levar ao desapontamento e à não-adesão. Desta forma, é necessário estabelecer expectativas realistas e objetivos comportamentais duradouros – específicos, mensuráveis, atingíveis, recompensadores e oportunos (Asselin et al., 2017; Prochaska & Diclemente, 1982; Vallis et al., 2013; Vallis & Sharma, 2012).

Alguns pacientes podem exigir várias consultas antes de concordar com as recomendações do profissional de saúde. Cabe a este modificar as recomendações, de modo a estabelecer planos de tratamento confortáveis para os pacientes (Vallis et al., 2013; Vallis & Sharma, 2012).

A última etapa é *acompanhar (assist)* os pacientes, que devem ser auxiliados a identificar e procurar recursos credíveis para a gestão da obesidade e ser devidamente referenciados aos profissionais necessários – equipa multidisciplinar (Miller & Rollnick, 1991; Vallis et al., 2013; Vallis & Sharma, 2012).

Por fim, o sucesso desta abordagem está diretamente relacionado com a frequência do contacto com o profissional de saúde (Torti et al., 2017; Vallis et al., 2013; Vallis & Sharma, 2012).

Método

Intervenção

Para o desenvolvimento da *checklist* para a gestão da obesidade em adultos foi realizada uma revisão bibliográfica, utilizando as palavras-chave: obesidade, abordagem dos 5As, literacia em saúde, cuidados de saúde primários e adultos nas bases de dados PubMed e EBSCO. Após leitura da bibliografia foram selecionados os conteúdos relevantes.

O quadro de referência teórico que orientou o projeto é composto pela *Abordagem dos 5As para a Obesidade*, desenvolvida pela *Obesity Canada* (2018), pela Entrevista Motivacional de Miller e Rollnick (1991) e pelo Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento de Prochaska e Diclemente (1982). O Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento é essencial para avaliar a prontidão dos indivíduos para a mudança de comportamento, aliado à Entrevista Motivacional, um estilo de aconselhamento colaborativo e centrado na pessoa.

A *Obesity Canada* elaborou um guia para a obesidade para o profissional de saúde, de leitura fácil e prática, que serve como guia em consulta. Para a utilização deste guia contactou-se a *Obesity Canada*, através do seu diretor, Arya Sharma, para obter a autorização para a sua utilização, a qual foi concedida (Anexo 1).

O processo da *checklist* foi desenvolvido de acordo com os seguintes passos:

- Tradução individual por cada um dos elementos do grupo;
- Confronto das versões para elaboração da primeira versão em português;
- Retroversão por tradutor independente.

Posteriormente foram propostos diferentes nomes às etapas dos 5As, como representado na Tabela 1:

Tabela 1

Modelo dos 5As para a obesidade, desenvolvido pela Obesity Canada

<i>Obesity Canada</i> (5As)	<i>Checklist</i> para a gestão da obesidade (PAACA)
<i>Ask</i>	Pedir permissão
<i>Assess</i>	Avaliar
<i>Advice</i>	Aconselhar
<i>Agree</i>	Concordar
<i>Assist</i>	Acompanhar

Baseada nos modelos referidos acima e nas recomendações propostas por Sturgiss e Well (2017), produziu-se um instrumento de orientação para a gestão da obesidade – Pedir permissão, Avaliar, Aconselhar, Concordar e Acompanhar (PAACA; ver Anexo 1) – com os seguintes critérios:

- Utilização de verbos “colaborativos” e centrados na pessoa que ressaltem a importância da parceria profissional de saúde-paciente neste processo (substituição do verbo “perguntar” por “pedir permissão”);
- Cuidados focados na pessoa e não centrados no paciente, englobando a pessoa como um todo, integrando as suas crenças, cultura e experiências anteriores no processo de gestão da doença;
- Valorização da relação terapêutica: respeito mútuo entre o paciente e o profissional de saúde, visando a colaboração e compreensão de todos os objetivos propostos – reconhecida como um mediador relevante na mudança comportamental (figura das duas mãos unidas);
- Tornar o modelo circular, de modo a representar as complexidades reais da mudança comportamental;
- Acrescentar a fase de *follow-up*, de forma a refletir a continuidade dos cuidados, central à filosofia dos cuidados de saúde primários.

Outro fator relevante para a construção da relação terapêutica é a linguagem assertiva e clara expressa pelos profissionais (Almeida, 2016; Belim & Almeida, 2018). As técnicas de *Teach-back* ou *Show-back* são igualmente importantes, pois permitem avaliar se o indivíduo compreendeu corretamente aquilo que lhe foi transmitido.

Avaliação

A *checklist* destina-se a ser aplicada pelos profissionais de saúde, em ambiente de consulta, à qual os pacientes recorrem por decisão própria ou por marcação pelos profissionais de saúde. O universo da população abrangida são pessoas adultas (mais de 18 anos), de ambos os sexos, com IMC igual ou superior a 30, em Portugal.

De modo a avaliar a adequação cultural, a clareza e compreensão das mensagens presentes na *checklist* final obtida, realizou-se um estudo exploratório com amostra por conveniência e análise através do método de grupo focal. O guião para o estudo exploratório foi desenvolvido pela equipa de trabalho de desenvolvimento da *checklist* (Anexo 2).

Procedimento

O grupo focal realizou-se na USF Cuidar Saúde com oito elementos do sexo feminino, nomeadamente, cinco médicas e três enfermeiras,

com média de idades de 48 anos. Teve a duração de 45 minutos e foi realizado após assinatura de consentimento informado.

Este grupo focal teve como objetivo avaliar a percepção e opinião dos profissionais de saúde sobre o PAACA. Inicialmente, é lida a *checklist* PAACA e colocadas sete questões (duas gerais e cinco específicas) aos participantes e, posteriormente, estes tinham que estabelecer correspondência entre dez itens e as cinco etapas do PAACA.

Questões Gerais

- 1) Que termos considera preferidos ou menos ofensivos para abordar a obesidade? Obesidade, excesso de peso, IMC, peso, grande volume, problema de peso, excesso de gordura.

R: Peso.

- 2) Acha útil a ferramenta PAACA?

R: Sim.

Questões Específicas

- 1) Pedir permissão: Como considera que o tema deve ser iniciado?

R: É mais fácil se existirem comorbilidades associadas; é difícil de abordar.

- 2) Avaliar: Como abordaria as barreiras à gestão de peso?

R: A maioria dos participantes sentiu dificuldades, até mesmo na identificação de barreiras.

- 3) Aconselhar: O que considera importante aconselhar ao utente?

R: Alterações dos estilos de vida.

- 4) Concordar: O que considera importante transmitir ao utente, caso concorde iniciar um programa de perda de peso?

R: As dificuldades sentidas pelo utente; onde podemos ajudar.

- 5) Acompanhar: O que considera importante transmitir ao utente no acompanhamento da gestão da perda de peso?

R: Mostrar disponibilidade; agendar consulta de seguimento.

Correspondência

Nove dos dez itens estabeleceram concordância em relação à etapa do PAACA, nomeadamente: identificar barreiras, classe da obesidade, causas de ganho de peso, plano realista, opções de tratamento, obje-

tivos SMART, informações e recursos, referenciar a prontidão para a mudança.

Apenas o item “riscos da obesidade” não apresentou concordância com a *checklist*. Dada a essência dos cuidados de saúde primários, em que há um *continuum* de contactos/cuidados, infere-se que os participantes tenham relacionado este item com as etapas aconselhar e acompanhar.

Plano de marketing

Com o objetivo de disseminar o nosso trabalho elaborámos um plano de *marketing*. O segmento de clientes são os profissionais de saúde dos cuidados de saúde primários, nomeadamente, médicos de clínica geral, enfermeiros e nutricionistas.

Objetivos

- 1) Divulgar a existência do PAACA para a gestão da obesidade na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT) e respetivos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES).
 - A) Divulgar a existência do PAACA na *newsletter* da ARSLVT e ACES:
 - I) Escrever artigo para a *newsletter*.
 - II) Contactar gabinete de comunicação da ARSLVT e ACES para averiguar a possibilidade de publicação na *newsletter*.
 - B) Ação de formação sobre o PAACA para os profissionais de saúde dos cuidados de saúde primários:
 - I) Construir conteúdos.
 - II) Arranjar local, marcar data e hora.
 - III) Divulgar sessão através do núcleo de formação e investigação.
 - C) Participar nas Jornadas da USF Descobertas:
 - I) Enviar resumo para a comissão científica das Jornadas no prazo estabelecido para submissão de trabalhos.
 - II) Preparar sessão de apresentação.

- D) Contactar Ordens Profissionais, nomeadamente, Ordem dos Médicos, dos Enfermeiros e Nutricionistas:
 - I) Enviar ofício para o gabinete de comunicação, informando da existência do PAACA, das suas potencialidades e ganhos em saúde.
- 2) Publicar artigo sobre o PAACA.
 - A) Escrever o artigo científico:
 - I) Fazer resumo em português e inglês para submissão.
 - B) Contactar um profissional de informação em saúde para saber quais as revistas de impacto a nível internacional.
 - C) Escolher revistas científicas nacionais onde submeter o artigo, como a Revista da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar e a Revista da Ordem dos Enfermeiros:
 - I) Enviar carta ou *email* a informar da existência do PAACA, das suas potencialidades e da sua inovação em saúde.

Reflexão crítica

A problemática da obesidade constitui um desafio para os sistemas de saúde, quer a nível nacional como mundial, não só pela sua prevalência, mas também pelo impacto que representa para a saúde e qualidade de vida das pessoas. Neste contexto, os cuidados de saúde primários constituem uma oportunidade singular para a gestão da obesidade. Os profissionais de saúde têm um papel nuclear na motivação e promoção da mudança comportamental, auxiliando as pessoas com obesidade a gerir a sua doença, fornecendo informação, estimulando e reforçando a baixa compreensão das mesmas, de forma a envolvê-las nas tomadas de decisão e na adoção de comportamentos que promovam a sua saúde e qualidade de vida.

Nos cuidados de saúde primários raramente a obesidade é motivo de consulta, sendo geralmente incorporada na gestão de outras patologias. Estima-se que, por consulta, três problemas são apresentados, levando à desvalorização dos problemas crónicos, como é o caso da obesidade.

As pessoas com obesidade enfrentam inúmeras barreiras que dificultam o acesso aos cuidados de saúde. A obesidade é um assunto sensível, quer para as pessoas, que temem ser estigmatizadas, quer para os profissionais de saúde, que muitas vezes se sentem pouco confortáveis em abordar esta doença, devido ao pouco tempo disponível para as consultas e ao desconhecimento de ferramentas adequadas para abordar a temática (Vallis et al., 2013).

Apesar dos conhecimentos que os profissionais de saúde possuem sobre comportamentos de saúde, nomeadamente para a capacitação dos indivíduos, poucos se sentem preparados para falar sobre isso com os pacientes. Pode inferir-se que a obesidade é ainda considerada um tema *tabu* para muitos profissionais de saúde.

A existência de ferramentas que otimizem e sistematizem a prestação de cuidados de saúde são uma mais-valia. Sabe-se que seguir um modelo com etapas específicas, instruções práticas e com metas atingíveis contribui para a eficácia dos programas em cuidados de saúde primários (Almeida, 2016).

Demonstrado pela *Obesity Canada*, um mês após a implementação do *kit* dos 5As e da sessão de treino *online* aos profissionais de saúde, no Canadá, duplicou o número de casos iniciados na gestão da obesidade e aumentou significativamente o *follow-up* dos pacientes – 45% vs. 67% (Obesity Canada, 2018). Deste modo, espera-se que a *checklist* PAACA possa, à semelhança do que ocorre na realidade canadiana, aumentar a capacitação dos profissionais de saúde, bem como ampliar o número de consultas de gestão de peso.

A elaboração desta *checklist* é inovadora, visto que apesar de já existir em Portugal uma ferramenta semelhante para a temática do tabagismo (DGS, 2016), o mesmo não se verifica para a obesidade. No entanto, para a utilização da mesma é necessário que os profissionais de saúde tenham familiaridade com o modelo e com o instrumento: devem possuir os conhecimentos necessários para que, confortavelmente e com segurança, discutam esta temática e os assuntos relacionados aquando das suas intervenções.

A *checklist* proposta pretende que, de forma prática, simples, estandardizada e passível de ser replicada, os profissionais de saúde possam conduzir as suas intervenções na gestão da obesidade em parceria com

os pacientes. Desta forma, ampliam a literacia em saúde dos pacientes e a sua compreensão e adesão ao tratamento.

Referências

- Almeida, C. V. (2016). Acolher, capacitar, encaminhar – literacia em saúde: Os caminhos para uma maior capacitação dos profissionais de saúde. *Congresso ACE – Associação Científica dos Enfermeiros, Suplemento Informação*, 8-15.
- Asselin, J., Salami, E., Osunlana, A. M., Ogunleye, A. A., Cave, A., Johnson, J. A., . . . Campbell-Scherer, D. L. (2017). Impact of the 5As team study on clinical practice in primary care obesity management: A qualitative study. *Canadian Medical Association Journal Open*, 5(2), E322-E329. doi:10.9778/cmajo.20160090
- Belim, C., & Almeida, C. V. (2018). Healthy thanks to communication: A model of communication competences to optimize health literacy: Assertiveness, clear language, and positivity. In V. E. Papalois & M. Theodosiou (Eds.), *Optimizing health literacy for improved clinical practices* (pp. 124-152). Hershey, PA: IGI Global.
- Campos, C., & Nadglowski, J. (2016). Answers to clinical questions in the primary care management of people with obesity: Communication and patient self-management. *Journal of Family Practice*, 65, S5-S9.
- Canadian Obesity Network. (2017). *Report card on access to obesity treatment for adults*. Edmonton, AB: Author.
- Cha, E., Crowe, J. M., Braxter, B. J., & Jennings, B. M. (2016). Understanding how overweight and obese emerging adults make lifestyle choices. *Journal of Pediatric Nursing*, 31(6), e325-e332. doi: 10.1016/j.pedn.2016.07.001.
- Direção-Geral da Saúde. (2016). *Algoritmo da intervenção breve “5A” ou muito breve “2A + A/R”*. Lisboa: Autor.
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Obesidade: Otimização da abordagem terapêutica no serviço nacional de saúde pública: Programa nacional para a promoção da alimentação saudável*. Lisboa: Autor.
- Carmo, I., dos Santos, O., Camolas, J., Vieira, J., Carreira, M., Medina, L., . . . Galvão-Teles, A. (2007). Overweight and obesity in Portugal: National prevalence in 2003-2005. *Obesity Reviews*, 9(1), 11-19. doi:10.1111/j.1467-789X.2007.00422.x

- Faruqi, N., Spooner, C., Joshi, C., Lloyd, J., Dennis, S., Stocks, N., . . . Harris, M. F. (2015). Primary health care-level interventions targeting health literacy and their effect on weight loss: A systematic review. *BMC Obesity*, 2(1), 38-53. doi:10.1186/s40608-015-0035-7
- Fitzpatrick, S. L., Wischenka, D., Applehans, B. M., Pbert, L., Wang, M., Wilson, D. K., & Pagoto, S. L. (2016). An evidence-based guide for obesity treatment in primary care. *American Journal of Medicine*, 129(1), 115e1-115e7. doi:10.1016/j.amjmed.2015.07.015
- Fock, K. M., & Khoo, J. (2013). Diet and exercise in management of obesity and overweight. *Journal of Gastroenterology & Hepatology*, 28, 59-63. doi:10.1111/jgh.12407
- Gaio, V., Antunes, L., Namorado, S., Barreto, M., Gil, A., Kyslaya, I., . . . Dias, C. M. (2017). Prevalence of overweight and obesity in Portugal: Results from the First Portuguese Health Examination Survey (INSEF 2015). *Obesity Research and Clinical Practice*, 12, 40-50. doi:10.1016/j.orcp.2017.08.002
- Goes, A. R., Câmara, G., Loureiro, I., Bragança, G., Saboga Nunes, L., & Bourbon, M. (2015). Papa bem: Investir na literacia em saúde para a prevenção da obesidade infantil. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 33(1), 12-23.
- Hruby, A., & Hu, F. (2015). The epidemiology of obesity: A big picture. *Pharmacoeconomics*, 33(7), 673-689. doi:10.1007/s40273-014-0243-x
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York, NY: Guilford Press.
- Obesity Canada. (2018). 5As of obesity management. Retrieved from: <https://obesitycanada.ca/resources/5as/>
- Prochaska, J. O., & Diclemente, C. C. (1982). Trans-theoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory Research & Practice*, 19, 276-288. doi:10.1037/h0088437
- Rao, G. (2010). Office-based strategies for the management of obesity. *American Family Physician*, 81(12), 1449-1456.
- Santana, P., Santos, R., & Nogueira, H. (2009). The link between local environment and obesity: A multilevel analysis in the Lisbon metropolitan area, Portugal. *Social Science & Medicine*, 68, 601-609. doi:10.1016/j.socscimed.2008.11.033
- Santos, O. (2010). O papel da literacia em saúde: Capacitando a pessoa com excesso de peso para o controlo e redução da carga ponderal. *Observatório Nacional da Obesidade e do Controlo do Peso*, 4(3), 127-134.

- Sardinha, B. L. (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
- Sørensen, K. (2013). *Health literacy: A neglected European public health disparity* (Doctoral dissertation, Maastricht University). Retrieved from: <https://www.researchgate.net/publication/258358775>
- Sturgiss, E., & Van Weel, C. (2017). The 5 As framework for obesity management: Do we need a more intricate model? *Canadian Family Physician*, 63, 506-508.
- Teixeira, P. J., & Marques, M. M. (2017). Health behavior change for obesity management. *Obesity Facts*, 10, 666-673. doi:10.1159/000484933
- Torti, J., Luig, T., Borowitz, M., Johnson, J. A., Sharma, A. M., & Campbell-Scherer, D. L. (2017). The 5As team patient study: Patient perspectives on the role of primary care in obesity management. *BMC Family Practice*, 18-19, 1-10. doi:10.1186/s12875-017-0596-2
- Vallis, M., & Sharma, A. M. (2012). 5As of obesity management. *Canadian Obesity Network*. Retrieved from: <http://w82go.ie/wp-content/uploads/2013/05/5As-powerpoint-presentation.pdf>
- Vallis, M., Piccinini-Vallis, H., Sharma, A. M., & Freedhoff, Y. (2013). Modified 5 As: Minimal intervention for obesity counseling in primary care. *Canadian Family Physician*, 59(1), 27-31.
- Vaz, C. S. (Coord.). (2014). *Processo assistencial integrado da pré-obesidade no adulto*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Williams, E., Mesidor, M., Winters, K., Dubbert, P., & Wyatt, S. (2015). Overweight and obesity: Prevalence, consequences, and causes of a growing public health problem. *Current Obesity Reports*, 4(3), 363-370.
- Wirth, A., Wabitsch, M., & Hauner, H. (2014). The prevention and treatment of obesity. *Deutsches Ärzteblatt International*, 111, 705-713.
- World Health Organization. (2018). *Obesity and overweight*. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>

Anexo 1

Checklist para a gestão da obesidade – Pedir permissão, Avaliar, Aconselhar, Concordar e Acompanhar (PAACA)



Fonte: Bermudez, Feliz, & Rodrigues, 2018. Relatório de projeto da pós-graduação em literacia em saúde. Lisboa: ISPA.

Anexo 1 (cont.)

- Avaliação do risco de doença com base no IMC e PC

Classificação do IMC (kg/m ²)	Risco de Doença Perímetro da Cintura (cm)	
	≤ 88 em mulheres ≤ 102 em homens	> 88 em mulheres > 102 em homens
Pré-obesidade (25-29,9)	<i>Aumentado</i>	<i>Alto</i>
Obesidade de classe 1 (30-34,9)	<i>Alto</i>	<i>Muito alto</i>
Obesidade de classe 2 (35-39,9)	<i>Muito alto</i>	<i>Muito alto</i>
Obesidade de classe 3 (≥ 40)	<i>Extremamente alto</i>	<i>Extremamente alto</i>

- 4Ms: Os determinantes da obesidade



- Identifique a(s) causa(s) do ganho de peso

- *Metabolismo lento?* Idade, hormonas, genética, baixa massa muscular, medicação;
- *Aumento da ingestão calórica?* Fatores socioeconómicos, ingestão emocional, problemas de saúde mental, medicação;
- *Diminuição da atividade física?* Fatores socioculturais, limitações socioeconómicas, dor/limitações físicas, fatores emocionais, medicação.

- Estratégias para abordagem ao paciente

- O peso é um tema sensível para muitas pessoas, evite abordagens do tipo: *Coma menos, mexa-se mais!* ou *Não se preocupe com a sua saúde?*
- Utilize uma abordagem colaborativa colocando a pessoa no centro da tomada de decisão.
- Utilize linguagem clara, acessível e sem jargão técnico.
- Utilize o Modelo ACP (Assertividade, Clareza e Positividade).
- Use perguntas abertas e faça resumos.
- Utilize a técnica de *Teach-back*.
- Utilize recursos adequados à pessoa (imagens, vídeos, etc.).
- Tenha uma prática «amiga do peso», disponibilizando equipamento robusto (e.g., cadeiras largas, balança com capacidade até 200kg ou braçadeira do esfigmomanómetro larga).

Anexo 2

Consentimento Informado e Guião para o Focus Group

Consentimento Informado

Declaro ter recebido informação sobre os objetivos da realização do *focus group* relativo à “Orientação para a gestão da obesidade – Pedir permissão, Avaliar, Aconselhar, Concordar e Acompanhar (PAACA)” e aceitar de livre vontade participar na sessão. Sei que posso interromper a qualquer momento a minha participação. Os dados recolhidos nesta iniciativa serão utilizados para a análise científica no âmbito do Curso de Pós-Graduação em Literacia em Saúde: Modelos, Estratégias e Intervenção, do ISPA – Instituto Universitário.

Assinatura _____

Data __/__/____

Guião para o Focus Group

Breve explicação da “Orientação para a gestão da obesidade – Pedir permissão, Avaliar, Aconselhar, Concordar e Acompanhar (PAACA)”. Questões para o *Focus Group* no âmbito desta temática:

- 1) Que termos considera preferidos ou menos ofensivos para falar sobre esse tema: peso; IMC; problema de peso; obesidade/obeso; grande volume; excesso de peso; excesso de gordura. Que outros termos aconselharia? E porquê?
 - 2) Acha útil uma ferramenta como o PAACA para a abordagem da obesidade na consulta?
 - 3) Como considera que o tema da obesidade deva ser iniciado com o seu paciente? Como faria caso o paciente se recusasse a falar sobre o assunto?
 - 4) Como abordaria as barreiras à gestão do peso? Considera importante que seja incluído na consulta um familiar ou amigo?
 - 5) O que considera importante aconselhar ao seu paciente com obesidade?
 - 6) O que considera importante transmitir ao seu paciente, caso concorde em iniciar um programa de perda de peso?
 - 7) O que considera importante transmitir ao seu paciente para acompanhamento num programa de perda de peso?
-

Anexo 2 (cont.)

Na tabela seguinte, assinale com um X onde considera mais pertinente a abordagem do instrumento PAACA (colocar o item da coluna à esquerda).

PAACA	Pedir Permissão	Avaliar	Aconselhar	Concordar	Acompanhar
Identificar barreiras					
Riscos da obesidade					
Referenciar					
Classe da obesidade					
Definir objetivos específicos, mensuráveis, atingíveis, recompensadores e oportunos					
Fornecer informações e recursos credíveis para a autogestão da obesidade					
Opções de tratamento					
Definir plano realista					
Determinar potenciais causas para o aumento do peso					
Explorar prontidão para a mudança					

Como citar?

Feliz, J., Brito, M., & Rodrigues, P. (2019). Melhorar a literacia em saúde: Checklist para a gestão da obesidade em adultos em cuidados de saúde primários. In C. Lopes & C. V. Almeida (Coords.), *Literacia em saúde na prática* (pp. 55-73). Lisboa: Edições ISPA [ebook].