



ACONSELHAMENTO BREVE PARA A ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS: MODELO DE INTERVENÇÃO E FERRAMENTAS

2020

**Aconselhamento breve para
a alimentação saudável nos
cuidados de saúde primários:**
modelo de intervenção e ferramentas
2020

FICHA TÉCNICA

Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde.

PROGRAMA NACIONAL PARA A PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2020.

PALAVRAS CHAVE

Alimentação Saudável, Cuidados de Saúde Primários, Aconselhamento breve

EDITOR

Direção-Geral da Saúde

Alameda D. Afonso Henriques, 45 1049-005 Lisboa

Tel.: 218 430 500

Fax: 218 430 530

E-mail: geral@dgs.min-saude.pt

www.dgs.pt

AUTOR

Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável

Maria João Gregório, Diana Teixeira, Rosário Monteiro, Sofia Mendes de Sousa, Susana Irving, Pedro Graça

Lisboa, novembro 2020

Índice

Introdução	6
1. Objetivos e critérios para o aconselhamento breve para a alimentação saudável	8
1.1. Objetivos do aconselhamento breve para a alimentação saudável	8
1.2. Critérios para o aconselhamento breve para a alimentação saudável	8
2. A importância do aconselhamento breve para a alimentação saudável nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) e sua operacionalização	9
3. Modelo de aconselhamento breve para a alimentação saudável e ferramentas de apoio	11
3.1. Modelo dos 5As para o aconselhamento breve para uma alimentação saudável	11
3.2. Ferramentas para a operacionalização do modelo de aconselhamento breve para a alimentação saudável	13
4. Indicadores de monitorização e avaliação	24
5. Referências bibliográficas	25
6. Anexos	29

Índice de figuras e quadros

Figura 1. Candidatos para o aconselhamento breve para a alimentação saudável	8
Figura 2. Modelo dos 5As para o aconselhamento breve para a alimentação saudável nos Cuidados de Saúde Primários	12
Figura 3. Algoritmo genérico do modelo dos 5As para o aconselhamento breve para a alimentação saudável nos Cuidados de Saúde Primários	12
Figura 4. Modelos dos 5Rs para aumentar a motivação do utente para a mudança dos seus hábitos alimentares, em função do grau de motivação	17
Quadro 1. Ação/ modelo de aconselhamento para a alimentação saudável em função do tempo de consulta disponível	13
Quadro 2. Modelos dos 5Rs para aumentar a motivação do utente para a mudança dos seus hábitos alimentares	16
Quadro 3. Níveis de evidência e graus de recomendação para as recomendações alimentares presentes no modelo de aconselhamento breve para a promoção da alimentação saudável	19

Introdução

Em Portugal, os hábitos alimentares inadequados estão entre os 5 fatores de risco que mais determinam a perda de anos de vida saudável e a mortalidade, contribuindo para 7,3% dos DALYs e para 11,4% da mortalidade, no ano de 2019. Porém, quando se considera o peso dos hábitos alimentares inadequados juntamente com os fatores de risco metabólicos associados à alimentação inadequada, nomeadamente o índice de massa corporal elevado, a glicose plasmática aumentada, a hipertensão arterial e o colesterol LDL elevado, é possível verificar que estes fatores de risco representam, globalmente, cerca de 38% da carga total da doença, expressa em DALYs e, que cerca de 60% das mortes anuais se encontram associadas a estes fatores de risco^(1, 2).

Em Portugal, a prevalência das doenças crónicas associadas à alimentação inadequada é elevada, sendo provavelmente um dos principais problemas de saúde pública. De acordo com os dados do Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF), em 2015-2016 e, na população adulta a prevalência da *mellitus* tipo 2 era de aproximadamente 10%, a prevalência de hipertensão arterial era de 36% e a prevalência de obesidade de 29%⁽³⁾.

Estes dados sugerem que as doenças associadas à alimentação inadequada se encontram distribuídas numa percentagem relevante da população portuguesa e mostram que no contexto do Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS), para além de ser necessário apostar em medidas direcionadas para a prevenção primária, é necessário também implementar medidas de prevenção secundária e terciária que permitam garantir a melhoria da prestação de cuidados de saúde, em particular no que se refere ao aconselhamento alimentar.

O aconselhamento breve para a alimentação saudável deve ser considerado como uma medida de prevenção e terapêutica para as doenças crónicas associadas à alimentação inadequada e deve ser contemplado no contexto das consultas dos cuidados de saúde não especializados, considerando adicionalmente a necessidade de referenciar para Cuidados Especializados de Nutrição (nutricionista), de acordo com os critérios de referência para a Consulta de Nutrição. Este modelo de intervenção não substitui a necessária intervenção dos Cuidados Especializados de Nutrição (nutricionista). Porém todos e qualquer contacto com os utentes devem ser considerados como momentos de oportunidade para a promoção da alimentação saudável.

Os modelos de aconselhamento breve para a modificação de diferentes comportamentos associados ao estilo de vida (alimentação, atividade física, consumo de álcool e tabagismo), no contexto dos cuidados de saúde primários, têm sido considerados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma "best-buy" no contexto da prevenção e controlo das doenças crónicas⁽⁴⁾. A intervenção precoce ao nível dos cuidados de saúde primários é uma abordagem que pode contribuir para a diminuição da progressão para doença (ex: pré-diabetes e pré-obesidade), para o melhor controlo após a sua instalação, para o menor risco de complicações associadas e, conseqüentemente, para a menor utilização de serviços de saúde especializados no futuro (ex: cuidados hospitalares).

Os resultados da implementação de modelos de aconselhamento breve nos serviços dos cuidados de saúde não especializados destinados à melhoria do comportamento alimentar individual e dos fatores de risco cardiometabólicos estão evidenciados em revisões recentes⁽⁵⁻⁷⁾. O aconselhamento alimentar, mesmo que breve, parece ser capaz de promover uma melhoria significativa, de dimensão modesta, na qualidade da alimentação⁽⁶⁾, bem como no peso corporal, colesterol total, colesterol HDL, glicose em jejum, pressão arterial sistólica e diastólica e na incidência de diabetes *mellitus* tipo 2, nos participantes dos diferentes estudos analisados^(5, 7).

Constituem ainda fatores que apoiam a viabilidade e eficácia dos modelos de aconselhamento breve para a alimentação saudável, o facto de a maioria dos indivíduos considerar os médicos de família uma fonte credível e confiável de informação relativamente à alimentação e ainda o facto de muitos médicos de família demonstrarem interesse em abordar o tema da alimentação com os seus doentes e encararem esta atividade como componente importante da sua prática clínica ⁽⁸⁻¹⁰⁾. Contudo, o reduzido tempo destinado à consulta, a falta de formação específica e a motivação são ainda barreiras importantes para a sua generalização ^(11, 12).

A alteração do comportamento alimentar é um processo complexo que requer a utilização de uma intervenção que seja facilitadora da mudança comportamental. A definição de um modelo de aconselhamento breve para a alimentação saudável e das respetivas ferramentas de apoio (“Avaliação breve e inicial dos hábitos alimentares” e “Guia com os 10 passos para uma alimentação saudável”) poderá ajudar a uniformizar a abordagem clínica e a sistematizar as recomendações alimentares nos utentes com fatores de risco ou doença metabólica estabelecida, otimizando o tempo de consulta disponível. A par da harmonização das recomendações alimentares mais básicas, através de intervenções breves, importa referir que a modificação de um comportamento (alimentação) é um processo complexo que pode requerer acompanhamento especializado e uma intervenção ao longo do tempo por parte de nutricionistas.

Pretende-se que a implementação do modelo de aconselhamento breve e das ferramentas nele contempladas possa conferir uma maior qualidade às abordagens em matéria promoção da alimentação saudável, que resultará numa maior eficácia da intervenção no âmbito da prevenção e controlo das doenças crónicas. A promoção da alimentação saudável e os ganhos em saúde que se alcançam, por meio de orientações técnicas baseadas na evidência, de especialização das intervenções e da harmonização de práticas e procedimentos, preconizados no âmbito de uma intervenção para a promoção da alimentação saudável, podem levar a níveis elevados de eficácia. Por outro lado, a padronização de práticas e de protocolos confere uma maior eficiência ao funcionamento dos serviços, focando-se no que se revela essencial, garantindo uma base de intervenção comum facilitadora da monitorização e avaliação ^(13, 14).

O aconselhamento breve para a alimentação saudável enquadra-se assim no âmbito dos objetivos estratégicos e dos principais indicadores definidos no PNPAS, através do qual se pretende definir e implementar um modelo de aconselhamento para a alimentação saudável, que possa ser aplicado o mais precocemente possível e de forma universal e padronizada nas diferentes unidades prestadoras de cuidados de saúde primários do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Pretende-se assim, que o aconselhamento breve preconizado contribua para a qualidade da prestação de cuidados nesta área e para reforçar a importância fundamental da modificação dos estilos de vida, nomeadamente dos hábitos alimentares para a otimização da saúde.

1. Objetivos e critérios para o aconselhamento breve para a alimentação saudável

1.1. Objetivos do aconselhamento breve para a alimentação saudável

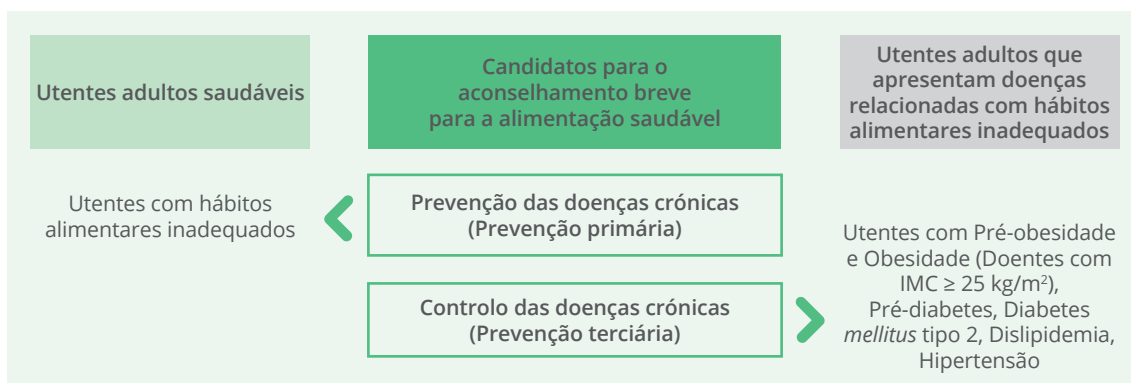
Este documento pretende ser um guia de referência para os profissionais de saúde dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) para a integração do aconselhamento breve para a alimentação saudável nas rotinas da sua prática clínica. São ainda objetivos específicos deste guia, os seguintes:

- Reforçar a integração da promoção da alimentação saudável nos CSP, em particular no contexto da prevenção primária (utentes adultos saudáveis com hábitos alimentares inadequados);
- Melhorar a formação e a capacitação dos profissionais de saúde dos CSP para o aconselhamento para uma alimentação saudável;
- Fornecer ferramentas que facilitem a comunicação e a implementação uniformizada e baseada em evidência da avaliação de hábitos alimentares e aconselhamento para a sua mudança, de forma adaptada à realidade dos CSP (tempo de consulta, abordagem centrada no utente, cuidados longitudinais, holísticos e adaptados ao seu contexto);
- Criar oportunidades para que os utentes que precisem de uma intervenção personalizada possam ser referenciados para Cuidados Especializados de Nutrição.

1.2. Critérios para o aconselhamento breve para a alimentação saudável

O aconselhamento breve para a alimentação saudável ao nível dos CSP destina-se a todos os utentes adultos (maiores de 18 anos), em contexto de consulta não urgente, sempre que haja oportunidade de o realizar durante o tempo de consulta (abordagem universal). Este modelo de aconselhamento breve poderá aplicar-se aos utentes com fatores de risco metabólicos ou doença crónica, nomeadamente com pré-obesidade/obesidade, pré-diabetes/diabetes *mellitus* tipo 2, hipertensão arterial, dislipidemia e doença cardiovascular (Figura 1). Para estes casos, este modelo de aconselhamento breve apresenta uma árvore de decisão que orienta uma intervenção mais ajustada às diferentes patologias ou situações clínicas, que será apresentada no capítulo 3 deste manual.

Figura 1. **Candidatos para o aconselhamento breve para a alimentação saudável**



2. A importância do aconselhamento breve para a alimentação saudável nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) e sua operacionalização

A redução da contribuição da alimentação inadequada para a carga da doença da população portuguesa requer uma abordagem de intervenção integrada que englobe a melhoria da prestação de cuidados de saúde na área da alimentação e da nutrição.

As unidades de CSP são os locais privilegiados para a prestação de cuidados neste contexto à população, sendo que os CSP devem considerar nos seus modelos de prestação de cuidados, o aconselhamento breve para a promoção da alimentação saudável, nomeadamente:

- a. Avaliação breve e inicial dos hábitos alimentares (se hábitos alimentares inadequados deverá ser registado o diagnóstico “T05 - Problema Alimentar do Adulto” (código da Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários – ICPC-2), para vigilância e avaliação);
- b. Informação sobre os riscos associados à alimentação inadequada;
- c. Aconselhamento para uma alimentação saudável (se o aconselhamento for realizado deve ser registado o código “T45 - Observação/ Educação para a saúde/ Conselho/ Dieta (código da Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários – ICPC-2)).

A evidência científica mostra que os modelos de aconselhamento breve integrados na atividade assistencial programada dos CSP são modelos de intervenção custo-efetivos ^(15, 16).

O modelo de implementação do aconselhamento breve para a promoção da alimentação saudável deve ser definido localmente, porém, deve ser tido em conta o seguinte:

- a. O aconselhamento breve para a promoção da alimentação saudável pode ser realizado pela equipa multidisciplinar, de acordo com os recursos localmente disponíveis.
- b. O aconselhamento breve para a promoção da alimentação saudável deve ser integrado na atividade assistencial já programada, nomeadamente no âmbito das consultas não urgentes (ex: saúde de adultos, grupos vulneráveis ou grupos de risco).
- c. Este modelo pode ser implementado no formato de teleconsulta, com relevo para o atual contexto da pandemia COVID-19.
- d. O modelo de aconselhamento breve para a promoção da alimentação saudável pode contemplar sessões de acompanhamento/monitorização destes utentes para reforço da informação relativa a comportamentos alimentares saudáveis e para outros comportamentos associados ao estilo de vida, que poderão ser realizadas em contexto de teleconsulta.
- e. A modelo de aconselhamento breve para a promoção da alimentação saudável, deve considerar a necessidade de referenciação para a consulta de Nutrição, para uma intervenção individualizada. Esta referenciação deve ser informada ao utente e deve seguir os modelos de referenciação instituídos a nível local.

- f. No processo de implementação deste modelo de aconselhamento breve, deve ser assegurada a necessária coordenação entre os diferentes níveis de prestação de cuidados.

Pretende-se assim que a avaliação dos hábitos alimentares inadequados e o aconselhamento breve para uma alimentação saudável seja *“standard of care”* dos Cuidados de Saúde Primários.

3. Modelo de aconselhamento breve para a alimentação saudável e ferramentas de apoio

O modelo de aconselhamento breve para a alimentação saudável desenvolvido pelo Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável teve por base os modelos já desenvolvidos para a cessação tabágica e para a promoção da atividade física, nomeadamente os desenvolvidos pelo Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo⁽¹⁷⁾ e pelo Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física^(18, 19), mas também outros modelos descritos na literatura^(20, 21).

3.1. Modelo dos 5As para o aconselhamento breve para uma alimentação saudável

Por aconselhamento breve para a alimentação saudável entende-se “uma interação contendo encorajamento verbal e ou uma indicação ou recomendação verbal ou escrita para a alimentação saudável realizada por um profissional de saúde, num período de tempo que não excede em média os 10 minutos, que deve envolver uma abordagem de intervenção motivacional e ajustada às barreiras, preferências e estado de saúde do utente”^(18, 22, 23).

Para a implementação do aconselhamento breve para a alimentação saudável propõe-se o modelo dos 5As (**Abordar, Avaliar, Aconselhar, Apoiar e Acompanhar**) (Figura 2), uma abordagem de intervenção para a mudança comportamental desenvolvida originalmente para as intervenções breves no contexto da cessação tabágica⁽²²⁾ mas que atualmente tem sido aplicada para abordagens de intervenção centradas no doente⁽²⁴⁻²⁷⁾, incluindo no contexto do tratamento da obesidade⁽²⁸⁻³²⁾. Este modelo sumariza o conjunto de atividades e atitudes que os profissionais de saúde podem utilizar para a promoção da alimentação saudável nos indivíduos que queiram mudar os seus hábitos alimentares, nos CSP⁽³³⁾. Este modelo orienta para a abordagem a este assunto por parte do profissional de saúde no contexto da sua prática clínica e o tempo necessário para a sua operacionalização é em regra inferior a 10 minutos. A Figura 3 sumariza o modelo dos 5As para aconselhamento breve para a promoção da alimentação saudável nos CSP.

Este modelo de aconselhamento breve prevê ainda a abordagem de intervenção dos 5Rs⁽²²⁾, que deverá ser utilizada nos utentes que manifestem indisponibilidade para a mudança no momento da consulta e, que será descrita de forma mais detalhada de seguida.

Figura 2. **Modelo dos 5As para o aconselhamento breve para a alimentação saudável nos Cuidados de Saúde Primários**



Figura 3. **Algoritmo genérico do modelo dos 5As para o aconselhamento breve para a alimentação saudável nos Cuidados de Saúde Primários**



O modelo de aconselhamento breve para a alimentação saudável que aqui se apresenta é flexível e foi desenhado em função do tempo disponível para a consulta, existindo protocolos distintos em função do tempo disponível (sem tempo, até 5 min e pelo menos 10 min) (Quadro 1) e poderá ser ajustado em função dos comportamentos alimentares inadequados identificados e da situação clínica do utente (algoritmo de decisão para o aconselhamento breve presente no Anexo 1).

Quadro 1. **Ação/modelo de aconselhamento para a alimentação saudável em função do tempo de consulta disponível**

Tempo de consulta disponível	Ação/ Modelo de aconselhamento
Sem tempo	A simples realização da pergunta sobre os benefícios da alimentação saudável, apontando para a importância da alimentação saudável, pode, por si só, já trazer benefícios: "Sabia que a alimentação saudável tem importantes benefícios para a saúde. Já pensou nisso? Na próxima consulta, caso deseje, podemos falar sobre algumas estratégias para o(a) ajudar a ter uma alimentação saudável." Deixar o aconselhamento breve para uma próxima consulta.
2-5 minutos	Aconselhamento muito breve (2As – Abordar e Aconselhar) Abordar o assunto e fazer o aconselhamento para a alimentação saudável de forma genérica.
Pelo menos 10 minutos	Aconselhamento breve (5As) Implementar o modelo dos 5As para o aconselhamento para uma alimentação saudável.

3. 2. Ferramentas para a operacionalização do modelo de aconselhamento breve para a alimentação saudável

Nesta secção descreve-se de forma mais detalhada o conjunto de ferramentas que podem ser utilizadas para a implementação do aconselhamento breve para alimentação saudável a utentes adultos.

Fazem parte deste as seguintes ferramentas:

1. Guião para a primeira etapa do aconselhamento breve (**Abordar**);
2. Guião e instrumentos para uma avaliação breve e inicial dos hábitos alimentares, motivação para a mudança e respetivas barreiras (**Avaliar**);
3. Proposta de guião e estratégias de comunicação com os utentes de modo a aumentar a sua motivação e o seu interesse e facilitar a mudança de comportamentos (entrevista motivacional) e modelo dos 5Rs para aumentar a motivação em indivíduos que não manifestam disponibilidade para a mudança;
4. Guia para o aconselhamento breve para a promoção da alimentação saudável, contendo documentos adicionais para uma melhor utilização deste material, nomeadamente, notas técnicas direcionadas aos profissionais de saúde e notas gerais direcionadas aos utentes (**Aconselhar**);
5. Guião para o **"Apoiar"**;
6. Guião para o **"Acompanhar"**.

A utilização de todas ou apenas algumas das ferramentas de apoio ao aconselhamento breve para a promoção da alimentação saudável, descritas neste documento, depende dos recursos disponíveis localmente, do tempo disponível para a consulta e da motivação dos utentes para mudança dos hábitos alimentares. Contudo, salvaguarda-se a importância da avaliação exploratória dos hábitos alimentares para direcionar o modelo de aconselhamento breve em função das necessidades específicas/individuais de cada utente. Esta avaliação inicial será também a base do acompanhamento individual, da monitorização da evolução e deve constituir o início da abordagem, sendo esta mais ou menos breve, em função do tempo e recursos disponíveis.

ABORDAR

Abordar o tema da alimentação saudável e sua importância e identificar sistematicamente todos os indivíduos que beneficiarão de uma intervenção para a mudança dos hábitos alimentares. Nesta primeira fase, pretende-se questionar o utente sobre o comportamento atual e aumentar a auto-perceção para riscos e consequências associados.

Abordagem ao tema da alimentação saudável e sua importância**Consulta sem tempo**

“Sabia que a alimentação saudável tem importantes benefícios para a saúde. Já pensou nisso? Na próxima consulta, caso deseje, podemos falar sobre algumas estratégias para o(a) ajudar a ter uma alimentação saudável.”

Consulta 2-5 minutos/ 10 minutos

Utentes saudáveis

“Sabia que a alimentação saudável tem importantes benefícios para a saúde, em particular para prevenir as doenças crónicas mais comuns hoje em dia, como a diabetes, a hipertensão arterial e doenças oncológicas. Já pensou em fazer alterações à sua alimentação?”

Utentes com doença crónica

“Sabia que a alimentação saudável tem importantes benefícios para a saúde, em particular para o ajudar a controlar a sua doença. Já pensou em fazer alterações à sua alimentação?”

AVALIAR

Avaliar o grau de motivação, os hábitos alimentares do utente e as barreiras de modo a que o profissional de saúde possa ajustar o aconselhamento e propor um plano de ação. A avaliação exploratória dos comportamentos alimentares é muito importante para direcionar o modelo de aconselhamento breve em função das necessidades específicas/individuais de cada utente. De seguida apresentam-se alguns instrumentos para esta avaliação.

Avaliação breve e inicial dos hábitos alimentares para abordagem inicial

“Gostava de lhe fazer umas perguntas curtas sobre os seus hábitos alimentares e, caso necessite e deseje, de seguida podemos falar um pouco sobre algumas possibilidades para o(a) ajudar a ter uma alimentação mais saudável.”

Avaliação breve e inicial dos hábitos alimentares para abordagem inicial**EM MÉDIA, AO LONGO DOS ÚLTIMOS 3 MESES:**

1	Quantas vezes por semana consumiu snacks salgados (batatas fritas e outros)?	Menos de 1 vez (2 pontos)	1 a 3 vezes (1 ponto)	4 vezes ou mais (0 pontos)
2	Quantas peças de fruta consumiu, habitualmente, por dia?	3 a 5 peças (2 pontos)	1 a 2 peças (1 ponto)	nenhuma (0 pontos)
3	Quantas porções de hortícolas consumiu, habitualmente, por dia?	3 a 5 porções (2 pontos)	1 a 2 porções (1 ponto)	nenhuma (0 pontos)
4	Quantos copos/bebidas de refrigerantes, sumos de fruta ou outras bebidas açucaradas bebeu, habitualmente, por dia?	Menos de 1 (2 pontos)	1 a 2 (1 ponto)	3 ou mais (0 pontos)
5	Quantas vezes por semana consumiu leguminosas (feijão, grão, lentilhas...)?	3 ou mais vezes (2 pontos)	1 a 2 vezes (1 ponto)	Menos do que 1 vez (0 pontos)

EM MÉDIA, AO LONGO DOS ÚLTIMOS 3 MESES:

6	Quantas vezes por semana consumiu peixe?	5 ou mais (2 pontos)	2 a 3 vezes (1 ponto)	1 ou menos (0 pontos)
7	Quantas vezes por semana consumiu doces, sobremesas doces, bolos ou outros?	Menos de 1 vez (2 pontos)	1 a 3 vezes (1 ponto)	4 vezes ou mais (0 pontos)
8	Quantas vezes por semana consumiu refeições do tipo fast-food ou pré-preparadas (pizzas, hambúrgueres, lasanhas)?	Menos de 1 vez (2 pontos)	1 a 3 vezes (1 ponto)	4 vezes ou mais (0 pontos)
9	Quantas vezes por semana consumiu sopa de hortícolas?	Todos os dias (2 pontos)	3 a 4 vezes (1 ponto)	2 ou menos (0 pontos)
10	Quantas vezes por semana consumiu fritos?	5 ou mais (2 pontos)	3 a 4 vezes (1 ponto)	2 ou menos (0 pontos)
11	Quantas vezes por semana consumiu carnes processadas (bacon, salsichas, fiambre, salame...)?	Menos de 1 vez (2 pontos)	1 a 3 vezes (1 ponto)	4 vezes ou mais (0 pontos)

*Adaptado de Paxton et al, 2011 (34) e Jilcott et al, 2007 (35).

Neste questionário, as opções de resposta para os 11 itens analisados estão organizadas em três colunas: a coluna da esquerda indica as práticas alimentares mais saudáveis (pontuação 2); a coluna ao centro indica práticas alimentares menos saudáveis (pontuação 1); e a coluna da direita indica as práticas alimentares inadequadas (pontuação 0). De acordo com as respostas às diferentes perguntas relativas à frequência de consumo alimentar nos últimos 3 meses, é obtido um score final que corresponde ao somatório de todos os pontos obtidos, que pode variar entre 0 e 22. Deste modo os hábitos alimentares podem ser classificados em 3 níveis distintos: nível 1 – Adesão elevada a hábitos alimentares saudáveis (score ≥ 18 pontos); nível 2 – Adesão moderada a hábitos alimentares saudáveis (score entre 8 - 17 pontos) e nível 3 – Baixa adesão a hábitos alimentares saudáveis (score ≤ 7 pontos). Após a obtenção do score final e identificação do nível de adesão a hábitos alimentares saudáveis, esta informação deve registada no processo clínico do utente para futura monitorização e acompanhamento.

Em paralelo, poderá também ser feita a avaliação antropométrica do utente (peso e altura), de acordo com os procedimentos definidos na Orientação n.º 017/2013 da DGS relativa à Avaliação Antropométrica no Adulto⁽³⁶⁾ e efetuando o seu registo no processo clínico.

Para além deste pequeno inquérito para a avaliação dos hábitos alimentares e, para os casos em que se verifiquem comportamentos alimentares inadequados, deve também ser avaliada a motivação/interesse do utente no que diz respeito à prática de uma alimentação saudável. A motivação é uma das principais medidas para o sucesso da mudança de comportamento. Mais ainda, a motivação é essencial para que a mudança de comportamento seja sustentada a longo prazo. Para o efeito podem colocar-se as seguintes questões:

Perguntas para avaliar a motivação e auto-eficácia para a mudança de comportamentos alimentares

- De 1 a 10 (em que 1 é nada importante e 10 é muito importante), quão importante seria para si começar a fazer uma alimentação saudável?
- De 1 a 10 (em que 1 é nada confiante e 10 é muito confiante), quão confiante está para começar a fazer uma alimentação saudável?

Mediante a resposta a estas perguntas pode ser importante analisar as razões para o número atribuído, tentando explorar algumas das barreiras para a prática de uma alimentação saudável.

Perguntas para avaliar a importância/barreiras para a mudança de comportamentos alimentares

- Identifique duas ou três vantagens que poderia tirar dessa mudança?
- Quais as razões na sua vida atual que podem constituir uma barreira para fazer uma alimentação saudável?
- Que características pessoais ou do seu contexto (por ex., tipo de trabalho, rede de apoio etc.) sente que o(a) podem ajudar neste processo?

Se o utente não estiver motivado/interessado a mudar os seus hábitos alimentares, trabalhar a motivação com o modelo dos 5Rs.

Guião para utentes não motivados para a mudança

“Imagino que possa parecer complicado, mas não tem de ser... Na próxima consulta, caso deseje, podemos falar sobre algumas estratégias para o(a) ajudar a ter uma alimentação saudável. Entretanto, gostaria que levasse consigo um guia com 10 passos para uma alimentação saudável que pode depois ler e considerar, com tempo, em casa.”

Modelo dos 5Rs para aumentar a motivação do utente para a mudança dos seus hábitos alimentares

Quando o utente não mostra interesse em mudar os seus hábitos alimentares ou quando teve insucesso em tentativas anteriores, pode ser usada a intervenção motivacional breve (5Rs). A intervenção motivacional, assente na abordagem 5Rs, visa ajudar a pessoa a reconhecer o problema e a considerá-lo suficientemente importante para considerar a possibilidade de mudar (Quadro 2)^(37, 38).

Quadro 2. Modelos dos 5Rs para aumentar a motivação do utente para a mudança dos seus hábitos alimentares

RELEVÂNCIA

Encorajar a pessoa a indicar em que medida ter uma alimentação mais saudável é importante para ela. *“Em que medida passar a fazer uma alimentação saudável é importante para si? Quais os motivos que o(a) levam a pensar em ter uma alimentação mais saudável?”* A informação a fornecer pelo profissional de saúde terá mais impacto na motivação se for relevante para a pessoa, tendo em conta as respostas a estas questões.

RISCOS

Questionar sobre os aspetos “menos bons” de uma alimentação inadequada. *“O que sabe sobre os riscos de uma alimentação inadequada? Quais os riscos que identifica em manter os seus hábitos alimentares? Pessoalmente, quais desses riscos o preocupam mais?”* Valorizar e aprofundar os riscos imediatos e a longo prazo identificados pela pessoa.

RECOMPENSAS	Pedir à pessoa que identifique os benefícios que praticar uma alimentação saudável poderá trazer. <i>“Que benefícios identifica em adotar uma alimentação saudável?”</i>
RESISTÊNCIAS	Pedir à pessoa que identifique os obstáculos à decisão de praticar uma alimentação saudável. <i>“Que dificuldades sente em adotar uma alimentação saudável? O que o(a) impede de passar a ter uma alimentação saudável?”</i>
REPETIÇÃO	Pedir permissão para voltar a abordar o assunto. Mostrar disponibilidade para ajudar, em caso de mudança de opinião.

Adaptado de Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, Bailey WC, Benowitz NL, Curry SJ, et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service; 2008 e Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo. Algoritmo da Intervenção Breve “5A” ou Muito Breve “2A + A/R” Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Se o utente não quer mudar os hábitos alimentares (não considera que mudar os hábitos alimentares é importante), a abordagem deve concentrar-se mais em “Riscos” e “Recompensas”. Se o utente deseja mudar os hábitos alimentares, mas não considera que pode mudar com sucesso (não se sente confiante na sua capacidade de mudar), é importante concentrar mais tempo em “Resistências”. Se o utente continuar não motivado para mudar, a abordagem do profissional deverá terminar positivamente com um convite para que volte a falar sobre o assunto se existir alteração dessa condição (Figura 4).

Figura 4. **Modelos dos 5Rs para aumentar a motivação do utente para a mudança dos seus hábitos alimentares, em função do grau de motivação**



Os princípios da entrevista motivacional podem ser também considerados para motivar para a mudança comportamental. A entrevista motivacional é uma técnica de comunicação muito eficiente, um estilo de discussão sem julgamento e colaborativo, que permite reforçar a própria motivação do utente e estimular o seu envolvimento ativo na mudança comportamental⁽³⁹⁾. Assim, apresentam-se algumas estratégias, a implementar pelo profissional de saúde, para melhorar e adequar a comunicação com o utente, com empatia e sensibilidade usando os princípios da entrevista motivacional:

1. O objetivo é desenvolver um ambiente agradável e acolhedor, baseado na confiança mútua, para que o utente se sinta relaxado e confortável, além de construir uma forte relação terapêutica.
2. O tom usado durante a entrevista motivacional é empático e encorajador, sem preconceito ou julgamento. Muitos dos utentes que beneficiarão de uma intervenção para a mudança dos hábitos alimentares ou aconselhamento breve poderão ter excesso de peso, pelo que é importante evitar comportamentos e atitudes que promovam o estigma e a discriminação associados ao excesso de peso. As consequências da estigmatização são um entrave ao sucesso da mudança nestes utentes: frequentemente associa-se a alterações no comportamento alimentar, numa diminuição na atividade física, conduzindo a ganho de peso adicional, bem como a um aumento na ocorrência de depressão, ideação suicida ou mesmo suicídio^(32, 40, 41).
3. O utente é considerado o seu próprio “especialista” e cada utente seleciona, com a ajuda do profissional de saúde, as mudanças no âmbito do aconselhamento breve que ele/ela gostaria de iniciar. Deve ser constituída uma parceria real com o profissional de saúde.
4. Quando confrontado com qualquer potencial mudança, a ambivalência é um fenómeno naturalmente esperado. O profissional de saúde pode ajudar o utente a resolver a incerteza em relação à mudança comportamental através de perguntas abertas e ouvindo reflexivamente o utente.
5. O profissional de saúde explorará a ambivalência, analisando primeiro os aspetos negativos da potencial mudança referidos pelo utente, seguidos pelos positivos; os últimos devem ser em maior número do que os primeiros⁽³²⁾.

ACONSELHAR

Aconselhar para uma alimentação saudável, ajudando a determinar o melhor curso de ação no sentido de conseguir a mudança, servindo-se do instrumento do Guia dos 10 passos para uma alimentação saudável (Anexo 2). Devem aconselhar-se todos os utentes a mudar os seus hábitos alimentares de um modo claro, objetivo e personalizado.

As recomendações alimentares presentes no Guia dos 10 passos (Anexo 2) foram desenvolvidas tendo por base as recomendações existentes para a prevenção e controlo das doenças crónicas⁽⁴²⁻⁴⁸⁾ e a evidência científica relativa aos comportamentos alimentares inadequados que mais condicionam a carga da doença na população portuguesa^(1, 2). Para além do Guia dos 10 passos, foram também desenvolvidos dois documentos adicionais para uma melhor compreensão deste material, nomeadamente, notas técnicas direcionadas aos profissionais de saúde (Anexo 4) e notas gerais direcionadas aos utentes (Anexo 3).

Guião para o aconselhamento para uma alimentação saudável

“Sabemos que a mudança de hábitos alimentares pode parecer difícil, mas não tem de ser. Há pequenos passos que pode dar e podem fazer toda a diferença para melhorar a sua saúde e bem-estar. Agora que refletiu sobre como a alimentação saudável pode melhorar o seu estado de saúde e a sua qualidade de vida e sobre os fatores que o podem facilitar, sente que está pronto(a) para experimentar fazer uma mudança nos seus hábitos alimentares? Se decidir fazer essa mudança, como fará?”

Mediante a história clínica do utente e os comportamentos alimentares inadequados identificados, devem ser reforçadas as recomendações que melhor se ajustam às necessidades identificadas, às preferências e rotinas do utente. Para cada uma das recomendações, devem ser discutidos e acordados objetivos exequíveis, que ao longo do tempo, se necessário, poderão ser progressivamente mais ambiciosos.

Deverá ainda solicitar-se o melhor contacto (preferencialmente correio eletrónico) para o envio posterior da informação complementar, nomeadamente o Guia dos 10 passos, bem como para deixar a referência do website do PNPAS (www.alimentacaosaudavel.dgs.pt), caso o utente tenha interesse em procurar mais informação na área da alimentação saudável.

De referir ainda que os materiais de aconselhamento breve para a promoção da alimentação saudável (Guia dos 10 passos) foram desenvolvidos para poderem ser disponibilizados aos utentes sem que haja a necessidade de explicação pormenorizada por parte dos profissionais de saúde. Os materiais são autoexplicativos, utilizando uma linguagem acessível a todos os utentes, independente do seu nível de literacia. Podem assim ser explorados pelos utentes, mesmo na ausência de enquadramento durante a consulta.

Estes materiais deverão ficar disponíveis no SClínico durante o ano de 2021.

Recomendações alimentares presentes no Guia dos 10 passos para o aconselhamento breve para a promoção da alimentação saudável

Todas as recomendações alimentares presentes neste modelo de aconselhamento breve para a promoção da alimentação saudável são baseadas em evidência científica, de acordo com o descrito na Quadro 3.

Quadro 3. **Níveis de evidência e graus de recomendação para as recomendações alimentares presentes no modelo de aconselhamento breve para a promoção da alimentação saudável** ⁽⁴²⁻⁴⁸⁾

EVIDÊNCIA E RECOMENDAÇÃO	NÍVEL DE EVIDÊNCIA	GRAU DE RECOMENDAÇÃO
PADRÃO ALIMENTAR MEDITERRÂNICO		
EVIDÊNCIA		
A dieta mediterrânica pode ser utilizada como estratégia para prevenir as doenças cardiovasculares e diabetes em indivíduos com síndrome metabólica	B ⁽⁴²⁾	
A dieta mediterrânica pode ser utilizada como estratégia para prevenir e tratar a hipertensão arterial	A ⁽⁴³⁾	
A dieta mediterrânica está associada à redução do risco de doenças cardiovasculares e outras doenças crónicas	A ⁽⁴³⁾	

EVIDÊNCIA E RECOMENDAÇÃO	NÍVEL DE EVIDÊNCIA	GRAU DE RECOMENDAÇÃO
RECOMENDAÇÃO		
A dieta mediterrânica, com ou sem restrição energética, pode ser recomendada para todas as pessoas com síndrome metabólica como uma componente efetiva da estratégia de tratamento		II ⁽⁴²⁾
Aumentar o consumo de hortícolas, fruta fresca, pescado, frutos oleaginosos e ácidos gordos insaturados (azeite), o baixo consumo de carne vermelha e o consumo de laticínios magros é recomendado para o controlo da hipertensão arterial		I ⁽⁴³⁾
Produtos frescos, minimamente processados, sazonais e locais devem ser privilegiados		III ⁽⁴²⁾
A dieta mediterrânica deve ser considerada para reduzir os eventos cardiovasculares em doentes com diabetes ou pré-diabetes		III ⁽⁴²⁾
INGESTÃO DE GORDURA		
EVIDÊNCIA		
O consumo de azeite em substituição de outros óleos e gorduras é útil para a prevenção e controlo da síndrome metabólica	B ⁽⁴²⁾	
Evitar qualquer consumo de gordura trans está associada à redução do risco de doenças cardiovasculares	A ⁽⁴⁴⁾	
Substituir a gordura saturada por gordura monoinsaturada e polinsaturada é recomendado para o tratamento da dislipidemia	B ⁽⁴⁴⁾	
RECOMENDAÇÃO		
A ingestão diária de azeite em quantidades de 20-40 g/dia em substituição de outras gorduras é útil para a prevenção e tratamento da síndrome metabólica		I ⁽⁴²⁾
Evitar a ingestão de ácidos gordos trans é recomendado para reduzir os níveis de colesterol total e de LDL e para aumentar os níveis de HDL		I ⁽⁴⁴⁾
A redução da ingestão de ácidos gordos saturados é recomendada para reduzir os níveis de colesterol total e de LDL		I ⁽⁴⁴⁾
CONSUMO DE LEGUMINOSAS		
EVIDÊNCIA		
O consumo variado de leguminosas é benéfico para a prevenção e controlo da síndrome metabólica	B ⁽⁴²⁾	
RECOMENDAÇÃO		
O consumo diário de leguminosas é recomendado para melhorar os fatores de risco cardio-metabólico		I ⁽⁴⁵⁾
As leguminosas podem ser recomendadas para indivíduos com síndrome metabólica como uma componente efetiva na prevenção e controlo da diabetes e da doença cardiovascular		I ⁽⁴⁵⁾
CONSUMO DE CEREAIS		
EVIDÊNCIA		
O consumo variado de cereais (cereais integrais) é benéfico para a prevenção e controlo da síndrome metabólica	B ⁽⁴²⁾	
A ingestão de fibra é recomendada para reduzir os níveis de colesterol total e de LDL	A ⁽⁴⁴⁾	
RECOMENDAÇÃO		
O consumo diário de cereais (cereais integrais) é recomendado para a saúde cardio-metabólica		I ⁽⁴⁵⁾
O consumo de cereais pode ser recomendado para indivíduos com síndrome metabólica		II ⁽⁴²⁾
O consumo diário de cereais (cereais integrais) é recomendado para reduzir os níveis de colesterol total e de LDL		I ⁽⁴⁴⁾
CONSUMO DE FRUTA E HORTÍCOLAS		
EVIDÊNCIA		
O consumo variado de fruta e hortícolas é benéfico na prevenção e controlo da síndrome metabólica	C ⁽⁴²⁾	
RECOMENDAÇÃO		
Apesar da associação entre o consumo de fruta e hortícolas e os efeitos na síndrome metabólica ser ainda pouco conhecida, o consumo de fruta e hortícolas deve fazer parte de uma alimentação saudável		I ⁽⁴²⁾

EVIDÊNCIA E RECOMENDAÇÃO	NÍVEL DE EVIDÊNCIA	GRAU DE RECOMENDAÇÃO
CONSUMO DE PESCADO E ÁCIDOS GORDOS ÔMEGA 3		
EVIDÊNCIA		
O consumo de pescado ou de ácidos gordos ômega 3 pode reduzir o risco de síndrome metabólica	C ⁽⁴²⁾	
RECOMENDAÇÃO		
O consumo de pescado variado, pelo menos 2 vezes por semana, em particular de peixe gordo rico em ácidos gordos ômega 3 pode reduzir o risco de síndrome metabólica		III ⁽⁴²⁾
CONSUMO DE FRUTOS OLEAGINOSOS		
EVIDÊNCIA		
Existe evidência epidemiológica e de ensaios clínicos sobre o efeito benéfico do consumo de frutos oleaginosos nas diferentes componentes da síndrome metabólica e na síndrome metabólica em geral	B ⁽⁴²⁾	
Existe um benefício cardio-metabólico em incorporar os frutos oleaginosos no padrão alimentar mediterrânico	A ⁽⁴⁵⁾	
RECOMENDAÇÃO		
O consumo de 1 a 1,5 porções de frutos oleaginosos pode reduzir os níveis de LDL e o risco cardio-metabólico		I ^(42, 44)
CONSUMO DE DOCES, BEBIDAS AÇUCARADAS E EDULCORANTES		
EVIDÊNCIA		
O consumo total de açúcar ou de bebidas açucaradas está associado a um risco aumentado de síndrome metabólica e de diabetes <i>mellitus</i> tipo 2	A ⁽⁴²⁾	
O consumo de açúcar simples está associado a um aumento dos triglicédeos	B ⁽⁴⁴⁾	
A ingestão excessiva de açúcares simples está associada ao excesso de peso/obesidade, sendo por isso um fator de risco para as doenças crónicas	A ⁽⁴⁶⁾	
RECOMENDAÇÃO		
Reduzir o consumo de bebidas açucaradas		I ⁽⁴²⁾
Reduzir o consumo de bebidas açucaradas com edulcorantes		III ⁽⁴²⁾
Reduzir o consumo de frutose vs. outros açúcares livres		III ⁽⁴²⁾
Reduzir a ingestão de monossacarídeos e dissacarídeos é recomendado para reduzir os níveis de lipoproteínas ricas em triglicédeos		III ⁽⁴⁴⁾
O consumo diário de açúcares simples não deve ser superior a 10% do total da energia diária ingerida		I ⁽⁴⁶⁾
Maiores benefícios para a saúde podem ser alcançados se o consumo diário de açúcares simples for inferior a 5% do valor energético total diário		III ⁽⁴⁶⁾
INGESTÃO DE SAL		
EVIDÊNCIA		
A restrição de sódio demonstrou ter um efeito de redução da pressão arterial em muitos ensaios clínicos. Uma recente meta-análise desses ensaios clínicos mostrou que a redução de 1750 mg de sódio por dia foi associada a uma redução na pressão arterial, com um efeito mais pronunciado em indivíduos com hipertensão	A ⁽⁴³⁾	
RECOMENDAÇÃO		
A restrição na ingestão de sal para menos do que 5g por dia é recomendada para o controlo da hipertensão arterial		I ⁽⁴³⁾
INGESTÃO DE POTÁSSIO		
EVIDÊNCIA		
O aumento do consumo de potássio está associado a uma redução na pressão arterial sistólica	A ⁽⁴⁷⁾	
RECOMENDAÇÃO		
Aumento da ingestão de potássio através dos alimentos para a redução da pressão arterial		I ⁽⁴⁷⁾
Uma ingestão de pelo menos 3510 mg/dia de potássio para adultos		III ⁽⁴⁷⁾

EVIDÊNCIA E RECOMENDAÇÃO	NÍVEL DE EVIDÊNCIA	GRAU DE RECOMENDAÇÃO
INGESTÃO ENERGÉTICA		
EVIDÊNCIA		
Meta-análises de estudos de intervenção demonstraram que é necessária uma restrição energética para a perda de peso	A ⁽⁴⁸⁾	
RECOMENDAÇÃO		
A redução do valor energético total ingerido deve ser o principal componente da intervenção para perda de peso		I ⁽⁴⁸⁾

Nesta tabela usaram-se os Níveis de Evidência e s de Recomendação adotados pela Direção-Geral da Saúde, para a emissão das Normas Clínicas.

APOIAR

Apoiar o utente a dar os passos necessários para a mudança, definindo um plano de ação e os objetivos/metast a alcançar. De facto, após a decisão de iniciar a mudança comportamental, é necessário o planeamento das ações que irão materializar a decisão. Para tal é importante que o utente consiga definir onde, como e quando agir, uma vez que aumentará o controlo pessoal sobre a ação.

A formulação de objetivos e planos de ação atua como reguladora do comportamento, uma vez que dirige a atenção do utente para aquilo que são as ações que quer tomar no sentido da mudança comportamental, bem como facilita a continuidade face aos obstáculos que possam surgir. Uma participação ativa, por parte do utente, na definição dos objetivos, contribui para o aumento do significado pessoal e do compromisso sentido.

O plano de ação deve concentrar-se em mudanças comportamentais positivas, e não na pressão ou na “obrigação” nomeadamente para perder peso. Por exemplo, podem sugerir-se mudanças como comer mais frutas e hortícolas em vez de se concentrar na mudança de peso.

A eficácia dos objetivos está relacionada com a forma como os mesmos são definidos. Para que os objetivos sejam, de facto, guias para a ação, é fundamental que sejam “SMART”^(49, 50):

- **Específicos**, para o comportamento; que possam dirigir a ação do utente para os pontos importantes do comportamento;
- **Mensuráveis**, para que o utente possa monitorizar o seu progresso;
- **Atingíveis**, ou seja, devem ser desafiantes, mas realistas. Expectativas irrealistas podem levar a frustração e não adesão;
- **Relevantes** para o utente, estando ligados aos benefícios a curto ou médio prazo na saúde ou qualidade de vida;
- **Definidos temporalmente**, isto é, definidos a longo prazo, e pela positiva, e também a médio e curto prazo como a forma de chegar a essa meta.

Considere o seguinte exemplo:

Passo: Escolha bem as gorduras

Metas: reduzir as refeições de carne vermelha a não mais do que 1 a 2 vezes por semana (100g). Substitua essas refeições por pescado, em particular peixe gordo (100g de cada vez) ou por carne de aves.

[Incentivar a que o utente registre no “Plano de Ação” o passo e a meta estabelecidos]

No final perguntar: “De que forma a nossa discussão o(a) ajudará a avançar para a mudança?”

ACOMPANHAR

Acompanhar o processo de mudança de hábitos alimentares e avaliar a necessidade de referenciação. Esta fase ocorre num segundo contacto, que poderá ser uma nova consulta ou um contacto telefónico. O que se pretende é avaliar a implementação da ação acordada e ajudar a prevenir “recaídas”, auxiliando o utente a identificar e lidar com as barreiras (fatores ambientais, socioeconómicos, emocionais, médicos).

Para o efeito deve ser primeiramente aplicado o questionário de avaliação breve dos hábitos alimentares (descrito na seção deste manual relativa à fase “Avaliar”).

De seguida, se o utente atinge a meta estabelecida, é importante proporcionar o reforço positivo e definir uma nova meta, considerando as respostas ao questionário de avaliação. Se o utente não atinge a meta estabelecida, é necessário reavaliar a motivação para a mudança e quando o utente estiver motivado deverá ser redefinida uma nova meta, explorando barreiras e agentes facilitadores para a sua concretização.

Guião para o acompanhamento do processo de mudança de hábitos alimentares

Atinge Recomendação:

“Muito bem! Está a seguir as recomendações para uma alimentação saudável. Como tem sido a sua experiência? Quer colocar alguma questão? Preocupações que tenha face ao seu impacto na saúde? Entretanto, caso o deseje, posso ajudá-lo(a) a definição uma nova meta...”

Não Atinge Recomendação:

“A prática de uma alimentação saudável ainda não é uma realidade para si... A alimentação saudável tem importantes benefícios para a saúde, em particular para o ajudar a controlar a sua doença. Já pensou porquê? De 1 a 10, quão importante seria começar a fazer uma alimentação saudável?”

Ajudar a elaborar e adotar uma estratégia para um novo começo:

[Se não está motivado para a mudança:]

“Imagino que possa ter tido algumas dificuldades. Na próxima consulta podemos explorar as melhores formas de as ultrapassar (ou redefinir objetivos) para o ajudar a ter uma alimentação mais saudável.”

[Se está motivado para a mudança:]

“Uma coisa que o(a) poderá ajudar é definir outro objetivo para a mudança que gostasse de começar por fazer e planear em que dias da semana irá realizá-las.”

REFERENCIAÇÃO

Nos casos em que o utente não atinja o objetivo definido em duas consultas de acompanhamento consecutivas, deve ser feita referenciação para a consulta de Nutrição, para uma intervenção individualizada. Esta referenciação deve ser informada ao utente e deve seguir os modelos de referenciação instituídos a nível local.

Relativamente à referenciação para os Cuidados Especializados de Nutrição, salvaguarda-se a sua possível necessidade logo no primeiro contacto, mediante os critérios de referenciação do Serviço de Nutrição.

4. Indicadores de monitorização e avaliação

Devem ser considerados indicadores de avaliação da implementação do aconselhamento breve e do impacto deste modelo de intervenção, em particular os seguintes indicadores:

1. Indicadores de avaliação da implementação do aconselhamento breve para a alimentação saudável:

- a. nº de utentes a quem foi realizado o aconselhamento breve para a alimentação saudável, em relação ao número total de utentes que tiveram consulta não urgente e com critérios para a aplicação deste modelo de intervenção e;
- b. nº de unidades de saúde que implementaram o modelo de aconselhamento breve para a alimentação saudável, em relação ao número total de unidades de saúde.

Para os indicadores anteriormente descritos, poderá ser considerado o registo dos seguintes códigos de acordo com a Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários – ICPC-2: “T05 - Problema Alimentar do Adulto” e “T45 - Observação/ Educação para a saúde/ Conselho/ Dieta”.

2. Indicadores de avaliação do impacto do aconselhamento breve para a alimentação saudável:

- a. nº de utentes que apresentaram uma perda ponderal de pelo menos 5% face ao peso inicial, em relação ao número total de utentes com excesso de peso a quem foi aplicado o aconselhamento breve para a promoção da alimentação saudável. Em utentes com excesso de peso, com ou sem comorbilidades, como objetivo terapêutico deve considerar-se a perda de peso de pelo menos 5%. A redução de pelo menos 5% do peso inicial^(51, 52) (Anexo 5) é suficiente para se conseguirem melhorias clinicamente significativas relativamente às doenças associadas ao excesso de peso/obesidade, nomeadamente: redução dos níveis de colesterol total, colesterol LDL e triglicéridos, aumento dos níveis do colesterol HDL em indivíduos com dislipidemia, aumento da sensibilidade à insulina e diminuição da glicose plasmática em jejum e da concentração de insulina em indivíduos com diabetes *mellitus* tipo 2 e, redução significativa da pressão arterial em indivíduos com hipertensão arterial.
- b. nº de utentes que melhoraram a qualidade da alimentação, em relação ao número total de utentes a quem foi aplicado o aconselhamento breve para a alimentação saudável (para este efeito poderá ser utilizado o score obtido através do questionário de avaliação breve e inicial dos hábitos alimentares).

5. Referências bibliográficas

1. *Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Global Burden Disease Portugal 2019. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME); 2020.*
2. Gregório MJ, Sousa SM, Teixeira D, Ferreira B, Figueira I, Taipa M, et al. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável 2020. Lisboa: Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável, Direção-Geral da Saúde; 2020.
3. Barreto M, Gaió V, Kislava I, Antunes L, Rodrigues AP, Silva AC, et al. 1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015): Estado de Saúde. Lisboa: INSA IP; 2016.
4. *World Health Organization. 'Best buys' and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases. 2017.*
5. *Force USPST. Behavioral counseling in primary care to promote a healthy diet: recommendations and rationale. Am Fam Physician. 2003;67(12):2573-6.*
6. Ockene IS, Hebert JR, Ockene JK, Saperia GM, Stanek E, Nicolosi R, et al. *Effect of physician-delivered nutrition counseling training and an office-support program on saturated fat intake, weight, and serum lipid measurements in a hyperlipidemic population: Worcester Area Trial for Counseling in Hyperlipidemia (WAT-CH). Arch Intern Med. 1999;159(7):725-31.*
7. Lin JS, O'Connor E, Evans CV, Senger CA, Rowland MG, Groom HC. *Behavioral counseling to promote a healthy lifestyle in persons with cardiovascular risk factors: a systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med. 2014;161(8):568-78.*
8. Crowley J, Ball L, Hiddink GJ. *Nutrition in medical education: a systematic review. Lancet Planet Health. 2019;3(9):e379-e89.*
9. Mullen PD, Evans D, Forster J, Gottlieb NH, Kreuter M, Moon R, et al. *Settings as an important dimension in health education/promotion policy, programs, and research. Health Educ Q. 1995;22(3):329-45.*
10. Soltész KS, Price JH, Johnson LW, Tellijohann SK. *Family physicians' views of the preventive services task force recommendations regarding nutritional counseling. Arch Fam Med. 1995;4(7):589-93.*
11. Foster GD, Wadden TA, Makris AP, Davidson D, Sanderson RS, Allison DB, et al. *Primary care physicians' attitudes about obesity and its treatment. Obes Res. 2003;11(10):1168-77.*
12. Ampt AJ, Amoroso C, Harris MF, McKenzie SH, Rose VK, Taggart JR. *Attitudes, norms and controls influencing lifestyle risk factor management in general practice. BMC Fam Pract. 2009;10:59.*
13. Sturgiss E, Haesler E, Elmitt N, van Weel C, Douglas K. *Increasing general practitioners' confidence and self-efficacy in managing obesity: a mixed methods study. BMJ Open. 2017;7(1):e014314.*
14. Sturgiss EA, Elmitt N, Haesler E, van Weel C, Douglas K. *Feasibility and acceptability of a physician-delivered weight management programme. Fam Pract. 2017;34(1):43-8.*

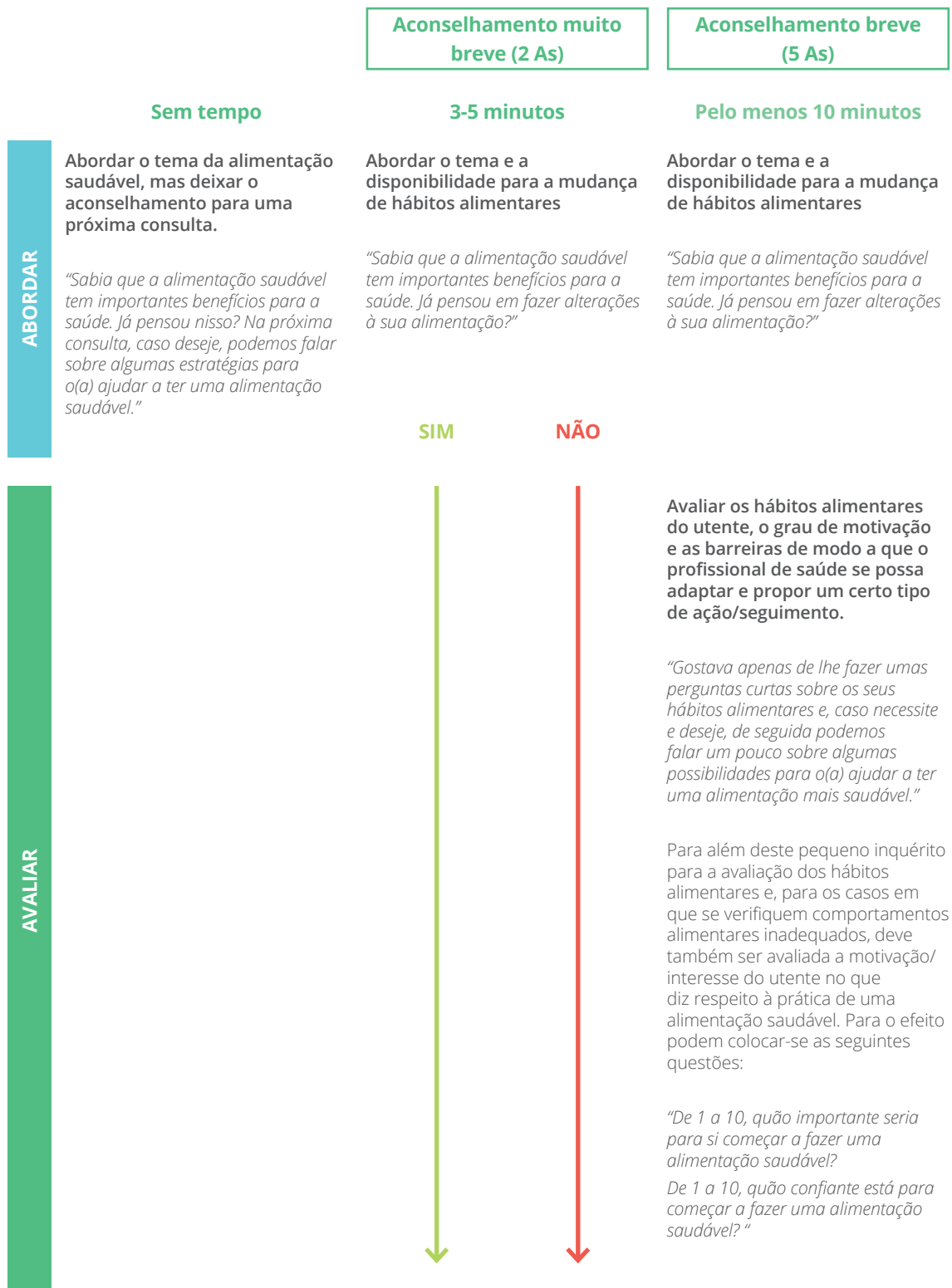
15. Fleming MF. *Screening and brief intervention in primary care settings. Alcohol Research & Health : The Journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.* 2004;28(2):57-62.
16. Werch CC, Grenard JL, Burnett J, Watkins JA, Ames S, et al. *Translation as a function of modality: the potential of brief interventions. Evaluation & the health professions.* 2006;29(1):89-125.
17. Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo. Algoritmo da Intervenção Breve "5A" ou Muito Breve "2A + A/R" Lisboa: Direção-Geral da Saúde; [Available from: <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-prevencao-e-controlo-do-tabagismo/relatorios-e-publicacoes/algoritmo-da-intervencao-breve-5a-ou-muito-breve-2a-ar-pdf.aspx>].
18. Silva M, Godinho C, Silva C, Carvalho L, Teixeira P. Manual de Aconselhamento para a Mudança Comportamental. Lisboa: Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física, Direção-Geral da Saúde; 2018.
19. Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física. Aconselhamento Breve Para A Promoção Da Atividade Física. Ferramentas de apoio. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2018.
20. Rebelo L. Intervenção breve no paciente fumador: Aplicação prática dos «5 As» e dos «5 Rs». *Revista Portuguesa de Clínica Geral.* 2011;27(4).
21. *World Health Organization. Toolkit for delivering the 5As and 5R's brief tobacco interventions in primary care. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2014.*
22. Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, Bailey WC, Benowitz NL, Curry SJ, et al. *Treating tobacco use and dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service; 2008.*
23. Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. Despacho n.º 8932/2017, de 10 de outubro, que determina que, no âmbito do Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física, da Direção-Geral da Saúde, é dada prioridade ao desenvolvimento de três objetivos estratégicos para a intervenção ao nível da promoção da atividade física, através da realização de projetos piloto em unidades funcionais de Agrupamentos de Centros de Saúde, estabelecimentos hospitalares do SNS e unidades locais de saúde. *Diário da República n.º 195/2017, Série II de 2017-10-10.* 2017.
24. Goldstein MG, Whitlock EP, DePue J, *Planning Committee of the Addressing Multiple Behavioral Risk Factors in Primary Care Project. Multiple behavioral risk factor interventions in primary care. Summary of research evidence. American Journal of Preventive Medicine* 2004;27(2 Suppl):61-79.
25. Glasgow RE, Emont S, Miller DC. *Assessing delivery of the five 'As' for patient-centered counseling. Health promotion international.* 2006;21(3):245- 55.
26. Carroll JK, Antognoli E, Flocke SA. *Evaluation of physical activity counseling in primary care using direct observation of the 5As. Annals of Family Medicine* 2011;9(5):416-22.
27. Campbell-Scherer DL, Asselin J, Osunlana AM, Fielding S, Anderson R, et al. *Implementation and evaluation of the 5As framework of obesity management in primary care: design of the 5As Team (5AsT) randomized control trial. Implementation science.* 2014;IS 9:78.

28. Osunlana AM, Asselin J, Anderson R, Ogunleye AA, Cave A, et al. *5As Team obesity intervention in primary care: development and evaluation of shared decision-making weight management tools. Clinical Obesity.* 2015(4):219-25.
29. Rueda-Clausen CF, Benterud E, Bond T, Olszowka R, Vallis MT, et al. *Effect of implementing the 5As of obesity management framework on provider-patient interactions in primary care. Clinical Obesity.* 2014;4(1):39-44.
30. Vallis M, Piccinini-Vallis H, Sharma AM, Freedhoff Y. *Clinical review: modified 5 As: minimal intervention for obesity counseling in primary care. Canadian Family Physician Medecin De Famille Canadien.* 2013;59(1):27-31.
31. *Canadian Obesity Network (CON). 5As of Obesity Management 2013* [Available from: <http://www.obesity-network.ca/5As>].
32. Durrer Schutz D, Busetto L, Dicker D, Farpour-Lambert N, Pryke R, Toplak H, et al. *European Practical and Patient-Centred Guidelines for Adult Obesity Management in Primary Care. Obesity Facts.* 2019;12(1):40-66.
33. Sturgiss E, van Weel C. *The 5 As framework for obesity management: Do we need a more intricate model? Can Fam Physician.* 2017;63(7):506-8.
34. Paxton AE, Strycker LA, Toobert DJ, Ammerman AS, Glasgow RE. *Starting the Conversation. Performance of a Brief Dietary Assessment and Intervention Tool for Health Professionals. American journal of preventive medicine.* 2011;40(1):67-71.
35. Jilcott SB, Keyserling TC, Samuel-Hodge CD, Johnston LF, Gross MD, Ammerman AS. *Validation of a brief dietary assessment to guide counseling for cardiovascular disease risk reduction in an underserved population. J Am Diet Assoc.* 2007;107(2):246-55.
36. Departamento da Qualidade na Saúde, Direção-Geral da Saúde. *Orientação n.º 017/2013 - Avaliação Antropométrica no Adulto.* Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2013.
37. Mercer SL, Green LW, Rosenthal AC, Husten CG, Khan LK, Dietz WH. *Possible lessons from the tobacco experience for obesity control. Am J Clin Nutr.* 2003;77(4 Suppl):1073S-82S.
38. Fiore MC. *Treating tobacco use and dependence: an introduction to the US Public Health Service Clinical Practice Guideline. Respir Care.* 2000;45(10):1196-9.
39. Armstrong MJ, Mottershead TA, Ronksley PE, Sigal RJ, Campbell TS, Hemmelgarn BR. *Motivational interviewing to improve weight loss in overweight and/or obese patients: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Obes Rev.* 2011;12(9):709-23.
40. Puhl RM, Heuer CA. *The stigma of obesity: a review and update. Obesity (Silver Spring).* 2009;17(5):941-64.
41. Flint SW, Oliver EJ, Copeland RJ. *Editorial: Obesity Stigma in Healthcare: Impacts on Policy, Practice, and Patients. Front Psychol.* 2017;8:2149.
42. Perez-Martinez P, Mikhailidis DP, Athyros VG, Bullo M, Couture P, Covas MI, et al. *Lifestyle recommendations for the prevention and management of metabolic syndrome: an international panel recommendation. Nutr Rev.* 2017;75(5):307-26.

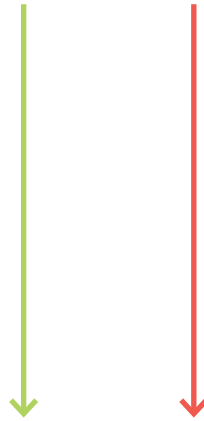
43. Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, et al. 2018 ESC/ESH *Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology and the European Society of Hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology and the European Society of Hypertension*. *J Hypertens*. 2018;36(10):1953-2041.
44. Mach F, Baigent C, Catapano AL, Koskinas KC, Casula M, Badimon L, et al. 2019 *ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk*. *Eur Heart J*. 2020;41(1):111-88.
45. Cosentino F, Grant PJ, Aboyans V, Bailey CJ, Ceriello A, Delgado V, et al. 2019 *ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD*. *Eur Heart J*. 2020;41(2):255-323.
46. *Guideline: Sugars Intake for Adults and Children*. WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee. Geneva2015.
47. *Guideline: Potassium Intake for Adults and Children*. WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee. Geneva2012.
48. Jensen MD, Ryan DH, Apovian CM, Ard JD, Comuzzie AG, Donato KA, et al. 2013 *AHA/ACC/TOS guideline for the management of overweight and obesity in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and The Obesity Society*. *J Am Coll Cardiol*. 2014;63(25 Pt B):2985-3023.
49. Takahashi PY, Quigg SM, Croghan IT, Schroeder DR, Ebbert JO. *SMART goals setting and biometric changes in obese adults with multimorbidity: Secondary analysis of a randomized controlled trial*. *SAGE Open Med*. 2019;7:2050312119858042.
50. Pearson ES. *Goal setting as a health behavior change strategy in overweight and obese adults: a systematic literature review examining intervention components*. *Patient Educ Couns*. 2012;87(1):32-42.
51. Durrer Schutz D, Busetto L, Dicker D, Farpour-Lambert N, Pryke R, Toplak H, et al. *European Practical and Patient-Centred Guidelines for Adult Obesity Management in Primary Care*. *Obes Facts*. 2019;12(1):40-66.
52. Jensen MD, Ryan DH, Apovian CM, Ard JD, Comuzzie AG, Donato KA, et al. 2013 *AHA/ACC/TOS guideline for the management of overweight and obesity in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and The Obesity Society*. *Circulation*. 2014;129(25 Suppl 2):S102-38.
53. Garvey WT, Mechanick JL, Brett EM, Garber AJ, Hurley DL, Jastreboff AM, et al. *American Association of Clinical Endocrinologists and American College of Endocrinology Comprehensive Clinical Practice Guidelines for Medical Care of Patients with Obesity*. *Endocr Pract*. 2016;22 Suppl 3:1-203.

6. Anexos

Anexo 1 – Algoritmo de decisão aconselhamento breve



AVALIAR



Mediante a resposta a esta pergunta pode ser importante analisar as razões para o número atribuído, tentando explorar algumas das barreiras para a prática de uma alimentação saudável.

AÇÃO:

Aplicar a ferramenta de avaliação inicial: Avaliação breve e inicial dos hábitos alimentares para início de conversa, da motivação para a mudança e das barreiras

O utente está motivado para a mudança?

**SIM****NÃO****Aconselhar para a alimentação saudável**

Aconselhamento alimentar muito breve, de acordo o Guia dos 10 passos.

“Imagino que possa parecer complicado, mas não tem de ser... Na próxima consulta, caso deseje, podemos falar sobre algumas estratégias para o(a) ajudar a ser mais ativo.”

“Entretanto, gostaria que levasse consigo um guia com 10 passos para uma alimentação saudável que pode depois ler e considerar, com tempo, em casa.”

AÇÃO:

Breve explicação e disponibilização do Guia com os 10 passos para uma alimentação saudável

Ajudar a determinar o melhor curso de ação no sentido de conseguir a mudança, servindo-se do instrumento 10 passos para uma alimentação saudável. Devem-se aconselhar todos os utentes a mudar os seus hábitos alimentares de um modo claro, firme e personalizado, de acordo com a árvore de decisão para o “aconselhar”.*

“Imagino que possa parecer complicado, mas não tem de ser... Na próxima consulta, caso deseje, podemos falar sobre algumas estratégias para o(a) ajudar a ter uma alimentação saudável.”

“Entretanto, gostaria que levasse consigo um guia com 10 passos para uma alimentação saudável que pode depois ler e considerar, com tempo, em casa.”

AÇÃO:

Disponibilização do Guia com os 10 passos para uma alimentação saudável

AÇÃO:

Disponibilização do Guia com os 10 passos para uma alimentação saudável e aplicar o modelo dos 5Rs

ACONSELHAR

Pelo menos 10 minutos e se está motivado para a mudança**Aconselhar para a alimentação saudável.**

Ajudar a determinar o melhor curso de ação no sentido de conseguir a mudança, servindo-se do instrumento do Guia dos 10 passos para uma alimentação saudável. Deve-se aconselhar todos os utentes a mudar os seus hábitos alimentares de um modo claro, firme e personalizado, mediante a seguinte árvore de decisão.*

“Sabemos que a mudança de hábitos alimentares pode parecer difícil, mas não tem de ser. Há pequenos passos que pode dar e podem fazer toda a diferença para melhorar a sua saúde e bem-estar. Agora que refletiu sobre como é que a alimentação saudável pode melhorar a sua saúde e a sua qualidade de vida e sobre os fatores que o(a) podem facilitar, sente que está pronto para experimentar fazer uma mudança nos seus hábitos alimentares? Se decidir fazer essa mudança, como fará?”

Mediante o diagnóstico inicial realizado e os comportamentos alimentares inadequados identificados, devem ser reforçadas as recomendações que melhor se ajustam às necessidades identificadas, às preferências e rotinas do utente. Para cada uma das recomendações, devem ser discutidos e acordados objetivos exequíveis, que ao longo do tempo, se necessário, poderão ser progressivamente mais ambiciosos.

Deverá ainda solicitar-se o melhor contacto (preferencialmente email) para o envio posterior da informação complementar, nomeadamente o Guia dos 10 passos, bem como para deixar a referência do website do PNPAS (www.alimentacaosaudavel.dgs.pt), caso o utente tenha interesse em procurar mais informação na área da alimentação saudável.]

*Dependendo do tipo de patologia seleccione 1 das seguintes estratégias. Se:

	Sem patologia	Pré-obesidade/ Obesidade	Pré-diabetes/ Diabetes	Hipertensão arterial	Dislipidemia
ACONSELHAR	OBJETIVOS TERAPÊUTICOS Não se aplica	OBJETIVOS TERAPÊUTICOS Reduzir a ingestão energética Reduzir a ingestão de açúcares simples Evitar a ingestão de gordura saturada e trans Aumentar o consumo de fibra (25-30g)	OBJETIVOS TERAPÊUTICOS Reduzir a ingestão energética Reduzir a ingestão de açúcares simples Aumentar o consumo de fibra (25-30g)	OBJETIVOS TERAPÊUTICOS Restringir a ingestão de sal para menos do que 5g por dia é recomendado para o controlo da hipertensão arterial Assegurar uma ingestão de potássio igual ou superior a 3500mg/dia Aumentar o consumo de fibra (25-30g)	OBJETIVOS TERAPÊUTICOS Evitar a ingestão de gordura saturada e trans que é recomendada para reduzir os níveis de colesterol total e de LDL e para aumentar os níveis de HDL Aumentar o consumo de fibra recomendada para reduzir os níveis de colesterol total e de LDL e para aumentar os níveis de HDL
	PASSOS DO GUIA A PRIVILEGIAR Definir mediante o diagnóstico inicial realizado e os comportamentos alimentares inadequados identificados.	PASSOS DO GUIA A PRIVILEGIAR Passo 10: Controle o tamanho das suas porções Passo 1: Mais fruta & hortícolas Passo 3: Escolha bem as gorduras Passo 7: Evitar o lixo alimentar Passo 5: Mais água	PASSOS DO GUIA A PRIVILEGIAR Passo 10: Controlar o tamanho das porções Passo 1: Mais fruta & hortícolas Passo 3: Mais cereais integrais Passo 4: Mais leguminosas Passo 5: Mais água Passo 7: Evitar o lixo alimentar	PASSOS DO GUIA A PRIVILEGIAR Passo 6: Menos sal Passo 1: Mais fruta & hortícolas Passo 4: Mais leguminosas Passo 2: Mais cereais integrais Passo 5: Mais água	PASSOS DO GUIA A PRIVILEGIAR Passo 2: Escolha bem as gorduras Passo 1: Mais fruta & hortícolas Considerar também: Passo 4: Mais leguminosas Passo 2: Mais cereais integrais Passo 7: Evitar o lixo alimentar

APOIAR

Apoiar o utente a dar os passos necessários para a mudança, definindo um plano de ação e metas a alcançar em conjunto com o utente.

De facto, após a decisão de iniciar a mudança comportamental, é necessário o planeamento das ações que irão materializar a decisão. Para tal é importante que o utente consiga definir onde, como e quando agir, uma vez que aumentará o controlo pessoal sobre a ação.

A formulação de objetivos e planos de ação atua como reguladora do comportamento, uma vez que dirige a atenção do utente para aquilo que são as ações que quer tomar no sentido da mudança comportamental, bem como facilita a continuidade face aos obstáculos que possam surgir. Uma participação ativa, por parte do utente, na definição dos objetivos, contribui para o aumento do significado pessoal e do compromisso sentido.

APOIAR

O plano de ação deve concentrar-se em mudanças comportamentais positivas, e não na pressão ou na “obrigação” nomeadamente para perder peso. Por exemplo, sugerir mudanças como comer mais frutas e hortícolas em vez de se concentrar na mudança de peso.

Acompanhar o processo da mudança dos hábitos alimentares

Acompanhar o processo de mudança de hábitos alimentares e avaliar a necessidade de referenciação. Esta fase ocorre num segundo contacto, que poderá ser uma nova consulta ou um contacto telefónico. O que se pretende é avaliar a implementação da ação acordada e ajudar a prevenir “recaídas”, auxiliando o utente a identificar e lidar com as barreiras (fatores ambientais, socioeconómicos, emocionais, médicos).

Para o efeito deve ser primeiramente aplicado o questionário de avaliação breve dos hábitos alimentares (descrito na seção deste manual relativa à fase “Avaliar”).

De seguida, se o utente atinge a meta estabelecida, é importante proporcionar o reforço positivo e definir uma nova meta, considerando as respostas ao questionário de avaliação. Se o utente não atinge a meta estabelecida, é necessário reavaliar a motivação para a mudança e quando o utente estiver motivado deverá ser redefinida uma nova meta, explorando barreiras e agentes facilitadores para a sua concretização.



ATINGE RECOMENDAÇÃO

“Muito bem! Está a seguir as recomendações para uma alimentação saudável. Como tem sido a sua experiência? Quer colocar alguma questão? Preocupações que tenha face ao seu impacto na saúde?”

“Entretanto, caso o deseje, posso ajudá-lo a definição uma nova meta...”



NÃO ATINGE RECOMENDAÇÃO

Voltar a avaliar a disponibilidade para a mudança e se sim definir um plano para a mudança.

“A prática de uma alimentação saudável ainda não é uma realidade para si... Sabia que a alimentação saudável tem importantes benefícios para a saúde, em particular para o ajudar a controlar a sua doença. Já pensou porquê? De 1 a 10, quão importante seria começar a fazer uma alimentação saudável?”

REFERENCIAR:

Nos casos em que o utente não atinja o objetivo definido em duas consultas de acompanhamento consecutivas, deve ser feita referenciação para os Cuidados Especializados de Nutrição (nutricionista), para uma intervenção individualizada. Salvaguarda-se a possível necessidade de referenciação para os Cuidados Especializados de Nutrição logo na primeira consulta, mediante os critérios de referenciação do Serviço de Nutrição.

ACOMPANHAR

Anexo 2 – Guia dos 10 passos para a alimentação saudável

Para download deste anexo [clique aqui](#)

GUIA PARA O **ACONSELHAMENTO BREVE**

10 PASSOS PARA A PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

TER UMA ALIMENTAÇÃO MAIS SAUDÁVEL É... SABER ESCOLHER

ESCOLHA MAIS DESTES ALIMENTOS E BEBIDAS



HORTÍCOLAS



FRUTA



CEREAIS INTEGRAIS



PEIXE, CARNES MAGRAS E OVOS



LEGUMINOSAS



ÁGUA

EVITE ESTES ALIMENTOS E BEBIDAS



SAL

sal e produtos salgados



ALIMENTOS PROCESSADOS

carne processada, cereais de pequeno-almoço açucarados, bolachas, snacks, ...



GORDURA TRANS

presente na margarina, produtos de pastelaria, snacks salgados, ...



BEBIDAS AÇUCARADAS

refrigerantes, néctares de fruta



ÁLCOOL



#maisFruta&Hortícolas



#maisCereaisIntegrais



#asmelhoresGorduras



#maisÁgua

01 MAIS FRUTA & HORTÍCOLAS

FRUTA



3 POR DIA

HORTÍCOLAS



3 POR DIA

FUNÇÃO

Fornecedores de fibra, minerais, vitaminas, antioxidantes e água

Prefira os da época e de produção nacional

*Sumos 100% de fruta devem ser limitados – não mais do que 1 porção por dia (1 porção = 120-150 ml)

PEQUENO-ALMOÇO  

ALMOÇO   

JANTAR   

Sopa no início das refeições principais e 3 peças de fruta por dia é o suficiente para garantir os 400g de fruta e hortícolas


02 MAIS CEREAIS INTEGRAIS

CEREAIS INTEGRAIS

3 PORÇÕES POR DIA

Em substituição dos cereais refinados pelo seu elevado teor de fibra

COMA MAIS → **COMA MENOS**



Preferir pão escuro ou de mistura é uma boa estratégia para aumentar o consumo de cereais integrais

03 ESCOLHA BEM AS GORDURAS

GORDURAS INSATURADAS

GORDURAS SATURADAS

GORDURAS TRANS

PESCADO 

2 ou mais vezes por semana, em particular peixe gordo (100g de cada vez)

FRUTOS OLEAGINOSOS E SEMENTES 

4 porções por semana (30g)

CARNES PROCESSADAS 

não mais do que 1 vez por semana (50g)

CARNES VERMELHAS 

não mais do que 1 a 2 vezes por semana (100g)

04

MAIS LEGUMINOSAS



Adicione leguminosas na sopa em vez de batata



Prepare algumas refeições com ervilhas, feijão ou grão

1 PORÇÃO POR DIA
(25g em cru – 3 colheres de sopa em cozinhado (80g))

São uma boa fonte de fibra e de vitaminas e minerais como vitaminas do complexo B. Têm também um valor apreciável de proteínas

05

MAIS ÁGUA

BEBER ÁGUA EM VEZ DE BEBIDAS AÇUCARADAS



8 A 10 POR DIA

A população portuguesa bebe em média **menos de 1 litro de água por dia**

CONSUMO DE BEBIDAS AÇUCARADAS PELA POPULAÇÃO PORTUGUESA



São os alimentos que mais contribuem para a ingestão diária de açúcares adicionados



2 em cada 10 adultos bebe pelo menos 1 ou mais refrigerantes ou néctares todos os dias

BEBA ÁGUA



06

MENOS SAL

COMO?

Cozinhe com menos sal!

Substitua o sal por ervas aromáticas e especiarias e adicione hortícolas e leguminosas, pois dão cor e sabor aos seus cozinhados

Evite o consumo de **alimentos processados e refeições pré-preparadas**



< 5g POR DIA
= 1 colher de chá

BAIXO TEOR DE SAL
≤ 0,3g de sal por 100g ou 100ml



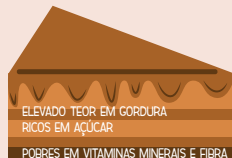
Leia os rótulos antes de comprar e prefira alimentos com teor reduzido de sal

07

ESCOLHA BEM OS ALIMENTOS NAS MERENDAS EVITE O "LIXO ALIMENTAR"



Deixe estes produtos para os **dias de festa**, assim também está a poupar nas suas compras



Calorias

Valor Nutricional



08

ESCOLHA BEM OS ALIMENTOS AO ALMOÇO E AO JANTAR

Inicie a refeição com **sopa de legumes**

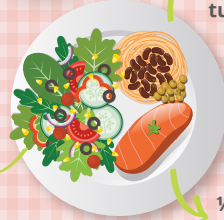


Beba **água** à refeição



1/4 do prato com uma fonte de **cereais e derivados, tubérculos ou leguminosas**

Metade do prato com **hortícolas**



Termine a refeição com **uma peça de fruta**



1/4 do prato com **carne, pescado ou ovos**

PREFIRA OS MÉTODOS DE CONFEÇÃO SAUDÁVEIS



Evite os fritos



Prefira os pratos de panela, pois têm menos gordura e preservam os nutrientes dos alimentos

09

APRENDA A DESCODIFICAR OS RÓTULOS

DESCODIFICADOR DE RÓTULOS

Nutrientes a consumir em menor quantidade
GORDURA
GORDURA SATURADA
SAL (SÓDIO)
AÇÚCAR

	ALIMENTOS POR 100G				BEBIDAS POR 100ML				
	GORDURA (lípidos)	GORDURA SATURADA	AÇÚCARES	SAL	GORDURA (lípidos)	GORDURA SATURADA	AÇÚCARES	SAL	
ALTO	mais de 17,5g	mais de 5g	mais de 22,5g	mais de 1,5g	ALTO	mais de 8,75g	mais de 2,5g	mais de 11,25g	mais de 0,75g
MÉDIO	entre 3 e 17,5g	entre 1,5 e 5g	entre 5 e 22,5g	entre 0,3 e 1,5g	MÉDIO	entre 1,5 e 8,75g	entre 0,75 e 2,5g	entre 2,5 e 11,25g	entre 0,3 e 0,75g
BAIXO	3g ou menos	1,5g ou menos	5g ou menos	0,3g ou menos	BAIXO	1,5g ou menos	0,75g ou menos	2,5g ou menos	0,3g ou menos

10

CONTROLE O TAMANHO DAS SUAS PORÇÕES

As porções de alimentos que nos são servidas estão **cada vez maiores**.



153 g
277 kcal



245 g
443 kcal



366 g
662 kcal



587 g
1062 kcal

REDUZIR O TAMANHO DO SEU PRATO/TIGELA PODE AJUDÁ-LO A COMER PORÇÕES MENORES



Anexo 3 – Guia explicativo dos 10 passos para a alimentação saudável para o utente

Para download deste anexo [clique aqui](#)

GUIA PARA O ACONSELHAMENTO BREVE

10 PASSOS PARA A PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

UTENTES

(INFORMAÇÃO ADICIONAL PARA UMA MELHOR
COMPREENSÃO DO GUIA DE ACONSELHAMENTO BREVE)

TER UMA ALIMENTAÇÃO MAIS SAUDÁVEL É... SABER ESCOLHER

A alimentação é um dos principais determinantes da saúde. Atualmente, vivemos mais anos, mas muitos desses anos são acompanhados por doenças que se podem prevenir ou controlar com a ajuda de cuidados alimentares adequados. Seguir um padrão alimentar saudável pode prevenir o risco de desenvolver doenças crónicas como a obesidade, diabetes, hipertensão e doenças cardiovasculares ou melhorar o controlo metabólico destas doenças.

Sabemos que a mudança de hábitos alimentares pode parecer difícil, mas não tem de ser assim. Há gestos simples que podemos tomar e que podem fazer toda a diferença na nossa saúde e bem-estar. De seguida, apresentam-se 10 passos para uma alimentação saudável, onde se destaca o que devemos comer mais e o que devemos evitar. São pequenos passos que podem fazer toda a diferença. E porque sabemos que a mudança de hábitos alimentares é um processo difícil e demorado, sugerimos que a sua implementação seja também gradual.

Ter uma alimentação saudável é... saber escolher. É escolher ao longo do dia mais fruta e hortícolas, mais cereais integrais, mais leguminosas (feijão, grão, ervilhas...), mais água, escolher as melhores gorduras, escolher alimentos com menos sal e adicionar menos sal durante a confeção, escolher os melhores alimentos para as diversas refeições diárias. Para escolher melhor, aprender a descodificar os rótulos é essencial e para além de escolher bem, importa controlar as porções!

01 MAIS FRUTA & HORTÍCOLAS

O consumo de quantidades adequadas de fruta e hortícolas é um dos primeiros passos para ter uma alimentação mais saudável. Infelizmente, mais de metade dos portugueses não consome fruta e hortícolas em quantidades suficientes. A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda o consumo de pelo menos 5 porções de fruta e hortícolas por dia, de modo a assegurar a recomendação para uma ingestão diária de pelo menos 400g de hortofrutícolas. Estes alimentos apresentam quantidades muito interessantes de fibra, água, vitaminas e minerais. Para cumprir esta recomendação da OMS, bastará, por exemplo, incluir uma sopa de hortícolas no início de cada uma das refeições principais e adicionar 3 peças de fruta ao seu dia alimentar.

É importante ainda considerar que os sumos de fruta, ainda que os 100%, não têm exatamente as mesmas propriedades que uma peça de fruta em natureza, pelo que o seu consumo deve ser limitado.

GUIA PARA O ACONSELHAMENTO BREVE 10 PASSOS PARA A PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

02 MAIS CEREAIS INTEGRAIS

Os alimentos do grupo dos cereais e derivados e tubérculos, são a nossa principal fonte de energia de qualidade e devem estar presentes diariamente na nossa alimentação. Dentro deste grupo de alimentos devemos optar pelos alimentos menos refinados, procurando assim consumir os cereais inteiros, com maior teor de fibra e vitaminas do complexo B. Durante o processo de refinação ou moagem dos cereais ocorrem perdas significativas de fibra, vitaminas e minerais. Para reduzir o consumo de cereais refinados, devemos reduzir o consumo de produtos de pastelaria (bolos, doces, folhados), bolachas e biscoitos, cereais de pequeno almoço açucarados. Ainda que muitas vezes, o termo “integral” seja utilizado nas embalagens de muitos produtos alimentares, como por exemplo em bolachas e cereais de pequeno-almoço, nem sempre a sua menção nos rótulos é sinónimo de uma opção mais saudável. Valerá a pena olhar sempre para a lista de ingredientes e para a informação nutricional presente nos rótulos dos alimentos e verificar também a quantidade de lípidos (gordura) e de açúcares adicionados. Destacamos a substituição do pão branco por pão mais escuro, como o pão de mistura, como uma boa estratégia para aumentar o consumo de cereais integrais.

03 ESCOLHER AS MELHORES GORDURAS

Ter uma alimentação mais saudável é consumir gordura em moderação e dar preferência às gorduras com boa qualidade.

Para cozinhar e temperar, o azeite deve ser a gordura de eleição. Mas ainda que seja uma gordura saudável deve ser consumido com moderação e por isso a quantidade que se adiciona aos cozinhados deve ser controlada.

Mas o consumo de gordura não resulta apenas dos óleos e gorduras (manteigas e cremes vegetais) que adicionamos à nossa alimentação. Muitos alimentos têm quantidades elevadas de gordura, nomeadamente os alimentos do grupo da carne, pescado e ovos. Dentro deste grupo, devemos privilegiar o consumo de peixe, carnes brancas e ovos em detrimento das carnes vermelhas e das carnes processadas (produtos de charcutaria e salsicharia). Deve consumir-se 2 ou mais porções por semana de peixe (em particular o peixe gordo). Como peixe gordo podemos considerar por exemplo a sardinha, carapau, cavala, atum. Já as carnes processadas não devem estar presentes na alimentação por mais do que 1 vez por semana (50g) e as carnes vermelhas não mais do que 1 a 2 vezes por semana (100g).

Por último, vale a pena ainda fazer uma nota relativamente às gorduras *trans*. O seu consumo deve ser tão baixo quanto possível, pois está associado a um aumento significativo do risco de doença cardiovascular. Este tipo de gorduras podem ser usadas para o fabrico de produtos de pastelaria, bolachas e biscoitos, pelo que o seu consumo deve ser limitado. A quantidade de gordura *trans* presente nos alimentos não é habitualmente apresentada na rotulagem nutricional das embalagens. Uma forma de identificar a sua presença nos alimentos é procurar na lista de ingredientes pelas designações de “gordura totalmente ou parcialmente hidrogenada” ou “óleos totalmente ou parcialmente hidrogenados”.

Os frutos oleaginosos, como a amêndoa, noz, avelã, pinhão e amendoim devem fazer parte da nossa alimentação, sendo que o seu teor de ácidos gordos polinsaturados n-3, está associado a benefícios para a saúde cardiovascular. São alimentos que podem ser boas opções para alguns, mas com moderação porque apresentam um valor energético (calorias) elevado. Recomenda-se o consumo de cerca de 4 porções por semana (de 30g cada).

GUIA PARA O ACONSELHAMENTO BREVE 10 PASSOS PARA A PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

04 MAIS LEGUMINOSAS

As leguminosas (feijão, grão, ervilhas, lentilhas...) apresentam inúmeros benefícios nutricionais e a sua presença na alimentação deve ser diária. As leguminosas apresentam um valor apreciável de proteínas, embora incompletas, mas que podem ser uma alternativa à carne e pescado, quando combinadas com alimentos do grupo dos cereais e derivados. São uma boa fonte de fibra e de hidratos de carbono de absorção lenta, pelo que podem ser importantes para o controlo do apetite. As leguminosas são ainda uma excelente fonte de vitaminas e minerais, como vitaminas do complexo B, ferro e zinco.

Incluir leguminosas na sopa é uma boa estratégia para conseguir atingir esta recomendação para o consumo de 1 porção de leguminosas por dia - 1 porção corresponde a 25g em de leguminosas em cru e a 80g se já cozinhadas. Podem ainda ser consumidas no prato - exemplo: ervilhas com ovos escalfados - como alternativa à carne.

05 MAIS ÁGUA

A água deve ser a bebida de eleição, sendo determinante assegurar uma ingestão de água (enquanto nutriente) em quantidades adequadas, mas os portugueses bebem pouca água - aproximadamente 1L de água por dia na população adulta e substituem-na, frequentemente por refrigerantes ou outras bebidas açucaradas. Em média, 2 em cada 10 adultos bebe pelo menos um ou mais refrigerantes ou néctares todos os dias! São os dados do último Inquérito Alimentar Nacional, que também mostram que os refrigerantes e néctares são os alimentos que mais contribuem para ingestão diária de açúcares adicionados na população portuguesa.

As necessidades de água variam em função de diversos fatores, como por exemplo a idade, o sexo, a prática de exercício físico, a temperatura ambiente, mas no geral recomenda-se o consumo de cerca de **8 a 10 copos de água por dia** para assegurar as necessidades hídricas. É ainda importante assegurar que o consumo de água é distribuído ao longo do dia de modo a potenciar a sua absorção.

06 MENOS SAL

O consumo excessivo de sal é um dos principais problemas de saúde pública em Portugal. Em média os portugueses consomem mais do dobro da quantidade máxima diária. O consumo excessivo de sal está associado ao aumento da pressão arterial e do risco de doença cardiovascular. Com o objetivo de prevenir estas doenças, a OMS recomenda que o consumo diário de sal deve ser inferior a 5g (1 colher de chá).

Grande parte da quantidade de sal que consumimos ocorre durante os momentos da preparação e confeção dos alimentos. A este nível, a utilização de ervas aromáticas e de especiarias pode ser uma estratégia para reduzir a adição de sal. São ainda aliados fundamentais na redução da adição de sal, os alimentos de origem vegetal que acrescentam muito sabor às preparações culinárias, como a cebola, alho, alho francês, entre outros. Mas, os alimentos processados também apresentam geralmente quantidades elevadas de sal, sendo que uma particular atenção deve ser dada aos produtos de charcutaria e ao queijo. Assim, no momento da compra verifique a quantidade de sal nos rótulos nutricionais e prefira aqueles que contêm menores quantidades, em particular uma quantidade de sal inferior a 0,3g por 100g de alimento.

GUIA PARA O ACONSELHAMENTO BREVE 10 PASSOS PARA A PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

07 ESCOLHA BEM OS ALIMENTOS NAS MERENDAS EVITE O LIXO ALIMENTAR

Existem produtos alimentares que não possuem qualquer valor nutricional e que funcionam apenas como uma fonte de calorias, às quais chamamos de calorias vazias. Estes produtos alimentares, que designamos por “lixo alimentar”, são os alimentos que possuem um elevado valor energético (calórico) e um baixo valor nutricional. São ricos em gordura e em açúcar e por outro lado, possuem valores reduzidos de nutrientes reguladores e protetores como as vitaminas, os minerais, as fibras e os antioxidantes.

Não existem alimentos proibidos! No entanto, é aconselhável restringir o consumo de alimentos com uma elevada quantidade de gordura e/ou açúcar.

08 ESCOLHA BEM OS ALIMENTOS AO ALMOÇO E AO JANTAR

Fazer boas escolhas para as refeições do almoço e jantar é também essencial. A primeira recomendação será para a presença de sopa no início das refeições. Ajuda a regular o apetite, tem baixo valor calórico o que facilita no controlo do peso e é uma excelente estratégia para conseguir atingir a recomendação diária para o consumo de hortícolas.

A organização do prato e a proporção adequada dos diferentes alimentos também faz a diferença. Para controlar as porções no prato, uma boa estratégia pode ser a correta organização dos alimentos no prato de acordo com as regras do prato em T, sendo metade do prato composto por hortícolas crus ou cozinhados, procurando variar; ¼ do prato deve ser composto por carne, pescado ou ovos/ leguminosas e ¼ do prato deve ser composto por cereais e derivados, tubérculos (ex: batata) ou leguminosas.

Para além da adequada proporção dos diferentes alimentos que compõem uma refeição, a escolha dos métodos de confeção é também importante, sendo que os principais cuidados a ter recaem na redução da adição de sal e de gordura, sem esquecer os métodos que melhor preservam o conteúdo nutricional dos alimentos, como os pratos de panela (estufados, caldeiradas, arroz, açordas...).

A fruta deve ser a sobremesa e a bebida a água.

09 APRENDER A DESCODIFICAR OS RÓTULOS DOS ALIMENTOS

A rotulagem nutricional, ou seja, a informação nutricional presente nos rótulos dos produtos alimentares, é uma ferramenta que permite conhecer a composição nutricional dos alimentos, em particular a quantidade de energia (calorias), sal, açúcar, lípidos (gordura) e proteína que cada produto contém. Esta informação pode ser muito importante para podermos escolher melhor os alimentos, mas por vezes esta informação é de difícil decodificação. Para isso existe um “descodificador” de rótulos que ajuda a classificar os alimentos em produtos com baixa, moderada ou elevada quantidade de açúcar, sal, lípidos (gordura) e gordura saturada (ácidos gordos saturados). Estes podem ser considerados alguns dos nutrientes de risco para a saúde, pelo que os produtos alimentares mais saudáveis serão aqueles que têm uma baixa quantidade destes nutrientes.

GUIA PARA O **ACONSELHAMENTO BREVE** 10 PASSOS PARA A PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

10 CONTROLE O TAMANHO DAS SUAS PORÇÕES

O balanço energético positivo (ingestão de calorias por via da alimentação superior ao gasto de energia no organismo) é um dos principais determinantes da obesidade. Saber controlar as quantidades de alimento que colocamos no prato é muito importante para reduzir a quantidade de energia (calorias) das refeições. Reduzir o tamanho do prato ou tigela pode ser uma estratégia útil para ajudar a comer porções menores.

Quer nos restaurantes como nas refeições pré-confeccionadas embaladas e de take-away, as porções servidas são cada vez maiores. Preparar as refeições em casa com mais frequência facilita significativamente o controlo das quantidades servidas.

Anexo 4 – Guia explicativo dos 10 passos para a alimentação saudável para o profissional de saúde

Para download deste anexo [clique aqui](#)

GUIA PARA O ACONSELHAMENTO BREVE

10 PASSOS PARA A PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

PROFISSIONAIS

(NOTAS TÉCNICAS SOBRE O
GUIA DE ACONSELHAMENTO BREVE)

TER UMA ALIMENTAÇÃO MAIS SAUDÁVEL É... SABER ESCOLHER

A alimentação é provavelmente um dos fatores que mais influencia o estado de saúde, sendo a alimentação saudável um fator protetor para diversas doenças crónicas, como a diabetes, doenças cardiovasculares e obesidade. Em Portugal, os hábitos alimentares inadequados constituem um dos principais fatores de risco da perda de anos de vida saudável e relacionam-se com cerca de 14% da mortalidade anual. Cerca de 300.000 anos de vida saudável poderiam ser poupados se os portugueses melhorassem os seus hábitos alimentares. Dos hábitos alimentares, o baixo consumo de cereais integrais, o baixo consumo de fruta e o baixo consumo de frutos oleaginosos e sementes destacam-se como os principais fatores que contribuem para a perda de anos de vida saudável, sendo responsáveis por cerca de 227.000 DALYs (1).

A literatura tem vindo a demonstrar que o aconselhamento para adoção de estilos de vida saudáveis, nomeadamente a adoção de hábitos alimentares saudáveis aliada ao aumento da prática de atividade física, prestado por profissionais especializados é eficaz na prevenção e no controlo das doenças crónicas (2).

As dez recomendações presentes neste modelo de aconselhamento breve são baseadas na evidência científica mais recente e também no conhecimento acerca dos principais fatores de risco alimentar para a população portuguesa que se resumem de seguida.

01 MAIS FRUTA & HORTÍCOLAS

De acordo com os dados do *Global Burden of Disease Study*, o baixo consumo de fruta e hortícolas é um dos principais fatores de risco alimentares para a perda de anos de vida saudáveis (1). Os dados do Inquérito Alimentar Nacional realizado em 2015-2016 (3) mostram também que 56% da população portuguesa apresenta um consumo diário de hortofrutícolas inferior ao valor recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) – um consumo de pelo menos 400 g por dia (4). Esta recomendação da OMS resulta de evidência científica robusta que permite estabelecer uma associação entre a alimentação e as doenças crónicas, nomeadamente as doenças cardiovasculares, doenças oncológicas, diabetes e obesidade. Uma revisão sistemática e meta-análise de estudos prospetivos, conduzida por Aune e seus colaboradores mostra que o consumo de fruta e hortícolas está associado a um menor risco de doença cardiovascular, doenças oncológicas e de mortalidade por todas as causas (5). Uma meta-análise de estudos de coorte prospetivos conduzido por Li e seus colaboradores, mostra também que um consumo mais elevado de fruta e hortícolas, em especial os de folhas verde, está associado a um menor risco de diabetes *mellitus* tipo 2 (6).

GUIA PARA O ACONSELHAMENTO BREVE 10 PASSOS PARA A PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

02 MAIS CEREAIS INTEGRAIS

À medida que se investiga mais aprofundadamente a relação entre o consumo de hidratos de carbono e a saúde, é possível verificar que a qualidade dos hidratos de carbono consumidos é tão importante como a quantidade (7). São cada vez mais, os trabalhos científicos que demonstram a relação entre o consumo regular de cereais integrais e a melhoria da saúde (8, 9). Uma meta-análise que combina resultados de estudos realizados nos EUA, Reino Unido e países escandinavos (incluindo informações de saúde de mais de 786.000 indivíduos), constatou que indivíduos que ingeriam 70 g/dia de cereais integrais - comparados com aqueles que ingeriam poucos ou nenhuns cereais integrais - apresentavam um risco 22% menor de mortalidade total, um risco 23% menor de mortalidade por doenças cardiovasculares e um risco 20% menor de mortalidade por cancro. A evidência científica sugere também que a substituição dos cereais refinados por cereais integrais e o consumo de pelo menos 2 porções de cereais integrais diariamente, pode ajudar a reduzir o risco de diabetes *mellitus* tipo 2 (10). A fibra, os micronutrientes e os fitoquímicos presentes nos cereais integrais podem melhorar a sensibilidade à insulina e o metabolismo da glicose e atrasar a absorção de glicose dos alimentos, evitando picos de glicemia. Por outro lado, os cereais refinados, com menos fibra e nutrientes, tendem a ter elevados índices glicémicos e carga glicémica. (11). Num estudo com mais de 160.000 mulheres cujos hábitos alimentares e de saúde foram analisados durante 18 anos, verificou-se que aquelas que ingeriram em média 2 a 3 porções de cereais integrais por dia tiveram menos 30% probabilidade de desenvolver diabetes *mellitus* tipo 2 do que aquelas que raramente consumiam cereais integrais (12). Quando os investigadores combinaram estes resultados com os de outros estudos, verificaram que consumir 2 porções extras de cereais integrais por dia diminuía o risco de diabetes *mellitus* tipo 2 em 21%.

Ainda no que diz respeito à qualidade dos hidratos de carbono, vale a pena referir que os hábitos alimentares inadequados incluem a ingestão excessiva de açúcares simples, entendendo-se por açúcares simples (free sugar) e segundo definição da OMS “mono e dissacáridos adicionados aos alimentos e bebidas pela indústria alimentar, pelos manipuladores de alimentos ou pelos consumidores e, os açúcares naturalmente presentes no mel, xaropes, sumos de fruta e concentrados de sumo de fruta”. A ingestão excessiva de açúcares simples, per si, ou adicionados a alimentos, acrescentando apenas valor energético, tem disso associada ao excesso de peso/obesidade e consequentemente ao risco de desenvolvimento de doenças crónicas associadas. Existe evidência científica relativamente robusta sobre a relação entre o consumo excessivo de açúcares simples e a saúde humana, tanto que a OMS recomenda que o consumo diário destes não deve ser superior a 10% do valor energético total diário ingerido (13).

03 ESCOLHER AS MELHORES GORDURAS

A evidência científica tem mostrado benefícios relativamente à substituição das gorduras saturadas por gorduras insaturadas (particularmente gorduras monoinsaturadas) e também que a eliminação das gorduras *trans* está associada a uma redução importante do risco cardiovascular. Mas a evidência científica também tem demonstrado que a associação entre os diferentes tipos de ácidos gordos e os *outcomes* de saúde não é linear, estando muitas vezes esta associação dependente da matriz dos alimentos.

Relativamente aos **ácidos gordos *trans*** a evidência é robusta e consistente quanto à associação entre o seu consumo e o risco cardiovascular. O consumo de ácidos gordos *trans* aumenta significativamente o risco de doença cardiovascular, o que levou a OMS a recomendar que a ingestão de ácidos gordos *trans* deve ser tão baixa quanto possível (<1% da ingestão total de energia, o que equivale a menos de 2g/dia para uma ingestão

GUIA PARA O ACONSELHAMENTO BREVE 10 PASSOS PARA A PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

03 ESCOLHER AS MELHORES GORDURAS

média de 2000 kcal por dia) (14, 15). Este tipo de ácidos gordos pode estar presente em alimentos como as bolachas e biscoitos, produtos de pastelaria, margarinas, chocolates, batatas fritas entre outros. A quantidade de gordura *trans* presente nos alimentos não é habitualmente apresentada na rotulagem nutricional dos alimentos, porém uma forma de identificar a sua presença nos alimentos é procurar na lista de ingredientes pelas designações de “gordura totalmente ou parcialmente hidrogenada” ou “óleos totalmente ou parcialmente hidrogenados”.

No contexto da escolha dos óleos e gorduras mais saudáveis, o **azeite** destaca-se. O azeite é composto maioritariamente por ácidos gordos monoinsaturados, predominantemente o ácido oleico. O consumo desta gordura de origem vegetal, em quantidade moderada, tem vindo a ser associado a um aumento da capacidade antioxidante, proveniente de componentes como a vitamina E, carotenoides e compostos fenólicos, e consequentemente à diminuição do risco cardiovascular (16). Mas o azeite não deixa de apresentar um elevado valor energético e como tal o seu consumo deve ser moderado. De acordo com as recomendações da Roda dos Alimentos, devem ser ingeridas, diariamente, 1-3 porções de gordura, das quais deve ser privilegiado o azeite (1 porção = 10g de azeite = 1 colher de sopa) (17). A temperatura de resistência dos óleos e gorduras, ou seja, a temperatura a partir da qual estes se degradam significativamente, deve ser também tida em consideração, sendo que o azeite é a gordura mais estável a utilizar a temperaturas elevadas. No entanto, a utilização da fritura como método de confeção deve ser evitada.

A evidência científica é cada vez mais consistente no que diz respeito aos benefícios do consumo de **frutos oleaginosos** (amêndoa, noz, avelã, pinhão e amendoim). Estudos recentes têm vindo a mostrar uma possível associação positiva entre o seu consumo e a diminuição do risco de doença cardiovascular e de diabetes (18). Os benefícios devem-se ao perfil lipídico destes alimentos e a diversos componentes como a vitamina E, fibra, fitoquímicos e magnésio. Apesar da evidência que sustenta a promoção do seu consumo, é importante realçar a necessidade de um consumo moderado, uma vez que os frutos oleaginosos possuem um elevado teor de gordura, maioritariamente insaturada e um elevado valor energético. Assim, recomenda-se o consumo de cerca de 4 porções por semana (de 30g cada) (16).

Relativamente aos alimentos do grupo da carne, pescado e ovos, os efeitos cardiovasculares do consumo de **pescado e de ácidos gordos polinsaturados da série ómega-3** têm sido estudados ao longo das últimas décadas, existindo evidência consistente que sugere que o consumo de 2 porções por semana de peixe (em particular o peixe gordo), quando comparado com o não consumo ou com um consumo baixo, está associado a um menor risco de doença cardiovascular (19, 20).

A evidência para as gorduras saturadas não é sólida e consistente. A evidência científica mais recente suporta a existência de um efeito neutro dos ácidos gordos saturados no risco cardiovascular. Porém a associação entre o consumo de **carnes vermelhas e de carnes processadas** e outros *outcomes* de saúde permite sustentar a recomendação para um consumo moderado no caso das carnes vermelhas e para um consumo limitado no caso das carnes processadas. E é também de considerar que o consumo de carnes processadas está associado ao aumento do risco cardiovascular por via da elevada quantidade de sal que estes alimentos contêm. A ingestão de carne vermelha e processada (presunto, bacon, salame, salsichas, fiambre) está relacionada com uma maior incidência de diabetes *mellitus* tipo 2, sendo o risco associado ao consumo de carnes processadas cerca do dobro comparativamente ao do consumo de carnes vermelhas não processadas (21, 22). Ainda que a qualidade nutricional dos produtos que lhes dão origem seja, geralmente, semelhante, a diferença no risco deve-se aos conservantes (por exemplo, sódio e nitritos) ou outros aspetos do processamento (por exemplo, cozimento a alta temperatura). Por esse motivo, o consumo destes alimentos deve ser limitado. Um estudo de 2011 verificou que os indivíduos que tinham uma alimentação rica em carne

GUIA PARA O ACONSELHAMENTO BREVE 10 PASSOS PARA A PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

03 ESCOLHER AS MELHORES GORDURAS

vermelha, especialmente carne vermelha processada, apresentavam maior risco de diabetes *mellitus* tipo 2 do que aqueles que raramente consumiam carne vermelha ou processada. Por cada porção adicional de carne vermelha ou carne vermelha processada consumida, o seu risco de diabetes aumentava 12% e 32%, respetivamente. Os investigadores também verificaram que a substituição de uma porção de carne vermelha por uma porção de nozes, laticínios magros ou cereais integrais todos os dias estava associada a um menor risco estimado de 16% a 35% de diabetes *mellitus* tipo 2 (23). Um outro estudo relacionado verificou que indivíduos que começaram a ingerir mais carne vermelha do que o habitual, tinham um risco 50% superior de desenvolver diabetes *mellitus* tipo 2 nos quatro anos seguintes, e que aqueles que reduziram o consumo de carne vermelha tiveram um risco 14% inferior de desenvolver diabetes *mellitus* tipo 2 nos 10 anos de acompanhamento (24). O consumo de carnes processadas, como por exemplo os enchidos e os produtos de charcutaria, está associado ao aumento do risco cardiovascular, relação que em parte se deve à elevada quantidade de sal que estes alimentos contêm (25). Tendo em conta a evidência reunida recentemente pelo IARC (OMS), sobre a relação entre o consumo de carne vermelha e carne processada, foi recomendado que o consumo de carne processada não ultrapassasse um consumo ocasional ao longo do mês e reduzir o consumo de carne vermelha (vaca, porco, cabrito...) para valores até 500 g por semana (26). Depois de reunida toda a evidência sobre a associação entre o consumo de carne vermelha e de carnes processadas e diferentes *outcomes* de saúde é possível fazer a seguinte recomendação: as carnes processadas não devem estar presentes na alimentação por mais do que 1 vez por semana (50g) e as carnes vermelhas não mais do que 1 a 2 vezes por semana (100g) (27).

04 MAIS LEGUMINOSAS

A par da evidência científica existente para o consumo de fruta, hortícolas e cereais integrais, a evidência é também consistente no que diz respeito à associação entre o consumo de leguminosas e a saúde cardiometabólica (28). Os benefícios do consumo de leguminosas associam-se ao seu elevado teor de fibra, vitaminas e minerais, sendo o seu elevado teor de fibra importante para a regulação da fome e saciedade. Também é de destacar o apreciável teor proteico das leguminosas. De acordo com o guia alimentar para a população portuguesa (Roda dos Alimentos), que acompanham as recomendações existentes a nível internacional para o consumo destes alimentos, recomenda-se o consumo de uma porção de leguminosas por dia (1 porção corresponde a 25g em de leguminosas em cru e a 80g se já cozinhadas) (17). De acordo com os dados do último Inquérito Alimentar Nacional, em média a população portuguesa não atinge esta recomendação.

05 MAIS ÁGUA

O consumo regular de água é fundamental para promover uma alimentação saudável. A água é o principal constituinte celular, serve de meio de transporte dos nutrientes e está envolvida em todas as reações metabólicas do organismo. A ingestão de água em quantidades adequadas colabora na digestão e contribui para a prevenção da obstipação.

GUIA PARA O ACONSELHAMENTO BREVE 10 PASSOS PARA A PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

05 MAIS ÁGUA

A *European Food Safety Authority* (EFSA) publicou em março de 2010, valores de referência para a ingestão total de água e estes valores foram transformados em recomendações para a população portuguesa pelo Instituto de Hidratação e Saúde (29). Para a população adulta portuguesa, os valores de referência para a ingestão de água proveniente de bebidas são de 1,5L e de 1,9L para os indivíduos do sexo feminino e para os indivíduos do sexo masculino, respetivamente. Estes valores de referência para a ingestão hídrica destinam-se a indivíduos sedentários e em ambientes climáticos moderados, pelo que em função dos níveis de atividade física e da temperatura ambiente estes valores deverão ser ajustados.

A desidratação, provocada pela ausência da ingestão de líquidos ao longo do dia e, em particular, quando a atividade física aumenta, pode ser responsável por sintomas como dores de cabeça e cansaço, afetando também a capacidade de concentração, atenção e memória. A não ingestão de água em quantidades adequadas pode dificultar o controlo do peso corporal, em particular quando o seu consumo é substituído pelo consumo de bebidas açucaradas. De acordo com os dados do último Inquérito Alimentar Nacional 2015-2016, a população portuguesa apresenta uma ingestão diária de água de aproximadamente 1L. E em contrapartida, o consumo de bebidas açucaradas tem vindo a substituir o consumo de outras bebidas com maior interesse alimentar e nutricional como a água e o leite. Cerca de 18% da população portuguesa, apresenta um consumo diário de um ou mais refrigerantes ou néctares (≥ 200 g/dia) (3). A associação entre o consumo de bebidas açucaradas e o risco para o desenvolvimento de doenças crónicas tem sido consistentemente descrita na literatura, tendo sido publicadas nos últimos anos revisões da literatura que sistematizam os resultados encontrados pelos diversos estudos que avaliaram a relação entre o consumo de bebidas açucaradas e o excesso de peso/obesidade e outras doenças crónicas. A grande maioria dos estudos observacionais incluídos nestes estudos de revisão sugere que o consumo de bebidas açucaradas está positivamente associado à adiposidade e à obesidade (30).

06 MENOS SAL

Em Portugal o consumo excessivo de sal é provavelmente um dos mais sérios problemas de saúde pública. Em média, a população portuguesa apresenta um consumo de sal que é cerca do dobro da recomendação da OMS – consumo médio de 10,7 g/dia (31) por comparação à recomendação da OMS de não ultrapassar o máximo dos 5 g/dia (32). De acordo com os dados do último Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física, cerca de 77% dos portugueses apresentam um consumo de sal acima do valor máximo recomendado pela OMS (3). Isto significa que a maior parte da população portuguesa consome sal acima do valor máximo recomendado, representando um elevado risco para a saúde. Dados do *Global Burden Disease* de 2017, mostram também que dos fatores de risco alimentares, o consumo de sal é aquele que mais contribui para a perda de anos de vida saudável (1).

Neste contexto, as estatísticas dizem-nos também que algumas das patologias mais prevalentes na população adulta portuguesa relacionam-se direta ou indiretamente com a alimentação inadequada, em particular com o consumo excessivo de sal. As doenças cardiovasculares continuam a ser a principal causa de morte na população portuguesa e de acordo com os dados do último Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSA, 2016) a prevalência de hipertensão arterial na população portuguesa é de 36% (39,6% no sexo masculino e 32,7% no sexo feminino) (33).

GUIA PARA O **ACONSELHAMENTO BREVE** 10 PASSOS PARA A PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

06 MENOS SAL

Para inverter estas tendências, a promoção da redução do consumo de sal é determinante. O impacto destas ações pode trazer grandes benefícios para a saúde das populações, não só ao nível das doenças cardiovasculares, mas também ao nível da prevenção de outras doenças crónicas prevalentes em Portugal, como é por exemplo o caso das doenças oncológicas (cancro do estômago). De acordo com a OMS, reduzir o consumo de sal para menos de 5g/dia, pode reduzir o risco de AVC em 23% e o risco de doença cardiovascular no geral em 17% (32).

Os dados do último Inquérito Alimentar Nacional 2015-2016 mostram que o sal que é adicionado no momento da confeção é um dos principais responsáveis para a ingestão de sal na população portuguesa (29%) (3). Mas a ingestão de sal através do consumo de alimentos processados (por exemplo queijo ou charcutaria) também é de considerar a este nível. Sabemos que uma grande parte da população portuguesa não consegue interpretar a informação nutricional presente nos rótulos dos produtos alimentares. Assim, será importante alertar a população para a adição de menos sal durante a preparação e a confeção dos alimentos e também para a importância de analisar os rótulos nutricionais no momento da compra.

07 ESCOLHA BEM OS ALIMENTOS NAS MERENDAS EVITE O LIXO ALIMENTAR

A evidência científica mostra que o consumo de alimentos com elevada densidade energética, elevado teor de açúcar, gordura e sal se encontra associado a um consumo mais elevado destes nutrientes e a um maior risco de obesidade (34). Existe também evidência que sugere que o consumo de snacks com estas características, pode contribuir para uma ingestão alimentar diária desequilibrada por via da alteração dos mecanismos de regulação do apetite (35-38).

08 ESCOLHA BEM OS ALIMENTOS AO ALMOÇO E AO JANTAR

A utilização de imagens que remetem para as porções adequadas dos alimentos no prato, pode ser útil nos modelos de aconselhamento breve para a promoção da alimentação saudável. Alguns estudos sugerem que estas estratégias podem contribuir para o aumento do consumo de certos alimentos, como por exemplo os hortícolas (39-41).

09 APRENDER A DESCODIFICAR OS RÓTULOS DOS ALIMENTOS

A evidência científica mostra que a compreensão e utilização da rotulagem nutricional está associada a escolhas alimentares mais saudáveis (42). Em Portugal, cerca de 40% da população não compreende a informação nutricional presente nos rótulos dos produtos alimentares, valor que se eleva para 60% se tivermos em consideração os grupos da população com menor nível educacional (43). Deste modo, é muito importante ensinar os cidadãos a interpretar esta informação, através de modelos simples como o decodificador de rótulos.

GUIA PARA O ACONSELHAMENTO BREVE 10 PASSOS PARA A PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

10 CONTROLE O TAMANHO DAS SUAS PORÇÕES

Em indivíduos com excesso de peso, com ou sem comorbidades, a perda de peso está associada a melhorias metabólicas significativas, sendo a redução de pelo menos 5% do peso inicial suficiente para se conseguirem melhorias clinicamente significativas relativamente às doenças associadas, nomeadamente: redução dos níveis de colesterol total, colesterol LDL e triglicéridos, aumento dos níveis do colesterol HDL em doentes com hiperlipidemia, aumento da sensibilidade à insulina e diminuição da glicose plasmática e da concentração de insulina em doentes com diabetes *mellitus* tipo 2 e redução significativa da pressão arterial em indivíduos com hipertensão arterial (44, 45).

A redução do tamanho das porções está também associada à melhoria da qualidade da alimentação e pode trazer benefícios para a saúde, para além daqueles normalmente associados à perda de peso, não só pela restrição calórica associada e pelos efeitos diretos nos mecanismos de regulação do apetite, mas por melhorar o fenótipo metabólico a longo prazo, podendo contribuir para a redução da gravidade da doença de base (46-48).

A evidência relativa à redução do tamanho das porções, associada concomitantemente à redução da ingestão energética total pelos indivíduos e o benefício em diferentes *outcomes* de saúde é robusta, pelo que é já uma recomendação estabelecida e transversal a diferentes *guidelines* para a prevenção e tratamento das doenças crónicas, emanadas por diferentes sociedades internacionais (7).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Global Burden of Disease Study 2017 (GBD 2017) Results. Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2018. Available: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.
2. World Health Organization. 'Best buys' and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases. 2017.
3. Lopes C, 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. Porto: Universidade do Porto; 2017.
4. World Health Organization. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: Report of the joint WHO/FAO expert consultation, WHO Technical Report Series, No. 916 (TRS 916). 2003.
5. Aune D, Giovannucci E, Boffetta P, Fadnes LT, Keum N, Norat T, et al. Fruit and vegetable intake and the risk of cardiovascular disease, total cancer and all-cause mortality—a systematic review and dose-response meta-analysis of prospective studies. *International Journal of Epidemiology*. 2017;46(3):1029-56.
6. Li M, Fan Y, Zhang X, Hou W, Tang Z. Fruit and vegetable intake and risk of type 2 diabetes mellitus: meta-analysis of prospective cohort studies. *BMJ open*. 2014;4(11):e005497.
7. Robinson E, Henderson J, Keenan GS, Kersbergen I. When a portion becomes a norm: Exposure to a smaller vs. larger portion of food affects later food intake. *Food quality and preference*. 2019;75:113-7.
8. Zong G, Gao A, Hu FB, Sun Q. Whole Grain Intake and Mortality From All Causes, Cardiovascular Disease, and Cancer: A Meta-Analysis of Prospective Cohort Studies. *Circulation*. 2016;133(24):2370-80.
9. Wu H, Flint AJ, Qi Q, van Dam RM, Sampson LA, Rimm EB, et al. Association between dietary whole grain intake and risk of mortality: two large prospective studies in US men and women. *JAMA Intern Med*. 2015;175(3):373-84.
10. Aune D, Norat T, Romundstad P, Vatten LJ. Whole grain and refined grain consumption and the risk of type 2 diabetes: a systematic review and dose-response meta-analysis of cohort studies. *Eur J Epidemiol*. 2013;28(11):845-58.
11. Mozaffarian RS, Lee RM, Kennedy MA, Ludwig DS, Mozaffarian D, Gortmaker SL. Identifying whole grain foods: a comparison of different approaches for selecting more healthful whole grain products. *Public Health Nutr*. 2013;16(12):2255-64.
12. de Munter JS, Hu FB, Spiegelman D, Franz M, van Dam RM. Whole grain, bran, and germ intake and risk of type 2 diabetes: a prospective cohort study and systematic review. *PLoS Med*. 2007;4(8):e261.
13. World Health Organization. Guideline: Sugars intake for adults and children. Geneva: World Health Organization; 2015.
14. World Health Organization. Eliminating trans fats in Europe. A policy brief. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe; 2015.
15. World Health Organization. Guidelines: Saturated fatty acid and trans-fatty acid intake for adults and children. (Draft issued for public consultation in May 2018). Geneva: WHO; 2018.

GUIA PARA O ACONSELHAMENTO BREVE 10 PASSOS PARA A PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

16. Estruch R, Ros E, Salas-Salvado J, Covas MI, Corella D, Aros F, et al. Primary Prevention of Cardiovascular Disease with a Mediterranean Diet Supplemented with Extra-Virgin Olive Oil or Nuts. *N Engl J Med*. 2018;378(25):e34.
17. Rodrigues SS, Franchini B, Graca P, de Almeida MD. A new food guide for the Portuguese population: development and technical considerations. *Journal of nutrition education and behavior*. 2006;38(3):189-95.
18. Liu G, Guasch-Ferré M, Hu Y, Li Y, Hu FB, Rimm EB, et al. Nut consumption in relation to cardiovascular disease incidence and mortality among patients with diabetes mellitus. *Circ Res*. 2019;124:920-9.
19. Mozaffarian D, Wu JH. Omega-3 fatty acids and cardiovascular disease: effects on risk factors, molecular pathways, and clinical events. *J Am Coll Cardiol*. 2011;58:2047-67.
20. Wu JH, Mozaffarian D. ω -3 fatty acids, atherosclerosis progression and cardiovascular outcomes in recent trials: new pieces in a complex puzzle. *Heart*. 2014;100:530-3.
21. InterAct C, Bendinelli B, Palli D, Masala G, Sharp SJ, Schulze MB, et al. Association between dietary meat consumption and incident type 2 diabetes: the EPIC-InterAct study. *Diabetologia*. 2013;56(1):47-59.
22. Barnard N, Levin S, Trapp C. Meat consumption as a risk factor for type 2 diabetes. *Nutrients*. 2014;6(2):897-910.
23. Pan A, Sun Q, Bernstein AM, Schulze MB, Manson JE, Willett WC, et al. Red meat consumption and risk of type 2 diabetes: 3 cohorts of US adults and an updated meta-analysis. *Am J Clin Nutr*. 2011;94(4):1088-96.
24. Pan A, Sun Q, Bernstein AM, Manson JE, Willett WC, Hu FB. Changes in red meat consumption and subsequent risk of type 2 diabetes mellitus: three cohorts of US men and women. *JAMA Intern Med*. 2013;173(14):1328-35.
25. Zhong VW, Van Horn L, Greenland P, Carnethon MR, Ning H, Wilkins JT, et al. Associations of Processed Meat, Unprocessed Red Meat, Poultry, or Fish Intake With Incident Cardiovascular Disease and All-Cause Mortality. *JAMA Intern Med*. 2020.
26. Humans IWGoEoCRt. Red Meat and Processed Meat. Lyon; 2018.
27. Bouvard V, Loomis D, Guyton KZ, Grosse Y, Ghissassi FE, Benbrahim-Tallaa L, et al. Carcinogenicity of consumption of red and processed meat. *Lancet Oncol*. 2015;16(16):1599-600.
28. Mozaffarian D. Dietary and Policy Priorities for Cardiovascular Disease, Diabetes, and Obesity: A Comprehensive Review. *Circulation*. 2016;133(2):187-225.
29. European Food Safety Authority. Scientific Opinion on Dietary Reference Values for water - Water, total body water, hydration, osmolarity, water balance, regulation, distribution, consumption, water loss, water requirement, adequate intake. *EFSA Journal*. 2010;8(3):1459.
30. Woodward-Lopez G, Kao J, Ritchie L. To what extent have sweetened beverages contributed to the obesity epidemic? *Public health nutrition*. 2010;14(3):499-509.
31. Polonia J, Martins L, Pinto F, Nazare J. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension and salt intake in Portugal: changes over a decade. *The PHYSA study*. *Journal of Hypertension* 2014;32(1211-1221).
32. World Health Organization. Guideline: Sodium intake for adults and children. Geneva: WHO; 2012.
33. Barreto M, Gaio V, Kislalya I, Antunes L, Rodrigues AP, Silva AC, et al. 1.º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015): Estado de Saúde. Lisboa: INSA IP; 2016.
34. Perez-Escamilla R, Obbagy JE, Altman JM, Essery EV, McGrane MM, Wong YP, et al. Dietary energy density and body weight in adults and children: a systematic review. *J Acad Nutr Diet*. 2012;112(5):671-84.
35. Berteous Forslund H, Torgerson JS, Sjostrom L, Lindroos AK. Snacking frequency in relation to energy intake and food choices in obese men and women compared to a reference population. *Int J Obes (Lond)*. 2005;29(6):711-9.
36. Ortinau LC, Hoertel HA, Douglas SM, Leidy HJ. Effects of high-protein vs. high-fat snacks on appetite control, satiety, and eating initiation in healthy women. *Nutr J*. 2014;13:97.
37. Bo S, De Carli L, Venco E, Fanzola I, Maiandi M, De Michieli F, et al. Impact of snacking pattern on overweight and obesity risk in a cohort of 11- to 13-year-old adolescents. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2014;59(4):465-71.
38. Njike VY, Smith TM, Shuval O, Shuval K, Edshteyn I, Kalantari V, et al. Snack Food, Satiety, and Weight. *Advances in nutrition (Bethesda, Md)*. 2016;7(5):866-78.
39. de Korne DF, Malhotra R, Lim WY, Ong C, Sharma A, Tan TK, et al. Effects of a portion design plate on food group guideline adherence among hospital staff. *Journal of Nutritional Science*. 2017;6:e60.
40. Pedersen SD, Kang J, Kline GA. Portion control plate for weight loss in obese patients with type 2 diabetes mellitus: a controlled clinical trial. *Arch Intern Med* 2007;167:1277-83.
41. Kesman RL, Ebbert JO, Harris KI, Schroeder DR. Portion control for the treatment of obesity in the primary care setting. *BMC Res Notes*. 2011;4:346.
42. Machin L, Aschemann-Witzel J, Curutchet MR, Gimenez A, Ares G. Does front-of-pack nutrition information improve consumer ability to make healthful choices? Performance of warnings and the traffic light system in a simulated shopping experiment. *Appetite*. 2018;121:55-62.
43. Gomes S, Nogueira M, Ferreira M, Gregório MJ. Portuguese consumers' attitudes towards food labelling. *World Health Organization*; 2017.
44. Durrer Schutz D, Busetto L, Dicker D, Farpour-Lambert N, Pryke R, Toplak H, et al. European Practical and Patient-Centred Guidelines for Adult Obesity Management in Primary Care. *Obes Facts*. 2019;12(1):40-66.
45. Jensen MD, Ryan DH, Apovian CM, Ard JD, Comuzzie AG, Donato KA, et al. 2013 AHA/ACC/TOS guideline for the management of overweight and obesity in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and The Obesity Society. *Circulation*. 2014;129(25 Suppl 2):S102-38.
46. Steenhuis I, Poelman M. Portion Size: Latest Developments and Interventions. *Curr Obes Rep*. 2017;6(1):10-7.
47. Livingstone MB, Pourshahidi LK. Portion size and obesity. *Adv Nutr*. 2014;5(6):829-34.
48. Mozaffarian D, Hao T, Rimm EB, Willett WC, Hu FB. Changes in diet and lifestyle and long-term weight gain in women and men. *N Engl J Med*. 2011;364(25):2392-404.

Anexo 5 – Tabela da evidência relativa aos objetivos terapêuticos associados à perda de peso em indivíduos com pré-obesidade ou obesidade

Tabela 1. **Objetivos terapêuticos associados à perda de peso em indivíduos com pré-obesidade ou obesidade** ⁽⁵³⁾

Componente clínica	Objetivo de perda de peso	Objetivos terapêuticos	Nível evidência
Síndrome Metabólica	10%	Prevenção de diabetes <i>mellitus</i> tipo 2	B
Pré-diabetes	10%	Prevenção de diabetes <i>mellitus</i> tipo 2	B
Diabetes <i>mellitus</i> tipo 2	5 a ≥ 15%	Redução da HbA1c Redução do número e/ou dose de fármacos hipoglicemiantes Remissão da diabetes <i>mellitus</i> tipo 2, especialmente quando a duração da doença é curta	A
Dislipidemia	5% a ≥ 15%	Redução dos Triacilgliceróis Aumento do c-HDL Redução do Colesterol não HDL	A
Hipertensão	5% a ≥ 15%	Diminuição da pressão sistólica e diastólica Redução do número e/ou dose de fármacos antihipertensores	A
Esteatose hepática não alcoólica	≥ 5%	Diminuição intrahepatocelular de lípidos	A
Esteatohepatite não alcoólica	10 a 40%	Redução da Inflamação e fibrose	A
Síndrome do ovário poliquístico	5 a ≥ 15%	Ovulação Regulação menstrual Redução no hirsutismo Aumento da sensibilidade à insulina Redução dos níveis de androgênios	A
SAOS	7 a ≥ 11%	Melhoria da sintomatologia Diminuição no índice de apneia-hipopneia	A
Asma	7 a ≥ 8%	Melhoria do VEF1 Melhoria da sintomatologia	A
Osteoartrite	≥ 10% 5 a ≥ 10%, se exercício	Melhoria da sintomatologia Melhoria na função	A
Doença do refluxo gastroesofágico	≥ 10%	Diminuição na frequência/gravidade da sintomatologia	A

VEF1, volume de ar expirado no primeiro segundo, SAOS, Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono

Adaptado de Garvey WT, Mechanick JL, Brett EM, Garber AJ, Hurley DL, Jastreboff AM, et al. American Association of Clinical Endocrinologists and American College of Endocrinology Comprehensive Clinical Practice Guidelines for Medical Care of Patients with Obesity. *Endocr Pract.* 2016;22 Suppl 3:1-203.



Direção-Geral da Saúde

Alameda D. Afonso Henriques, 45 | 1049-005 Lisboa | Portugal

Tel.: +351 218 430 500 | Fax: +351 218 430 530

E-mail: geral@dgs.min-saude.pt

www.dgs.pt