

OBESIDADE

Almada - Lobo F, Gomes P, Rosendo, I

1. Grupo etário alvo

0-1	2-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-79	>80
-----	------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-----

2. Principais Recomendações

O número de indivíduos com excesso de peso e obesidade são alarmantes: 46% da população apresenta excesso de peso e 12% é obesa;¹ 32% das crianças portuguesas com idades compreendidas entre 7-9 anos apresentam excesso de peso, sendo 11% obesas.²

Todos os adultos devem ser rastreados para Obesidade (Recomendação B)³⁻⁹ A evidência para recomendar o **rastreio por rotina de Obesidade a todas as crianças e adolescentes**, como meio de prevenir danos para a saúde, é insuficiente. (Recomendação C). Esta insuficiente evidência é consequência da pouca eficácia verificada nas intervenções individuais ou familiares em cuidados primários, no tratamento de crianças e adolescentes com excesso de peso.^{4, 10-13}

O **IMC (Índice de Massa Corporal)** é o método mais largamente utilizado para rastrear a Obesidade.^{14, 15, 16} Um aumento do IMC está associado a uma maior probabilidade de efeitos adversos para a saúde. Uma adiposidade central aumentada, avaliada pelo **Perímetro Abdominal (PA)**, está associada a um risco mais elevado de doenças cardiovasculares e outras doenças independentemente da Obesidade.^{4, 17-19} O IMC sozinho pode induzir em erro, especialmente em indivíduos idosos e em indivíduos com massas musculares exuberantes.⁵

O IMC deve ser utilizado para classificar o excesso de peso e obesidade e estimar o risco relativo de doença comparado com o peso normal (Recomendação B) e o PA deve ser usado para avaliar o conteúdo de gordura abdominal (Recomendação B).⁵

O IMC e o perímetro abdominal (PA) devem ser avaliados a cada 2 anos.^{3, 7-9}

No entanto, nos indivíduos com IMC superior a 35 kg/m², a medida do PA é menos útil, uma vez que acrescenta pouco ao poder preditivo de risco de doenças que IMC dá. Para além disso, a maioria dos indivíduos obesos apresenta um PA superior a 88 cm nas mulheres e 102 cm nos homens.⁵

3. Recomendações para cada nível de risco³

Grupo Alvo	Procedimento	Periodicidade	Nível evidência
Risco médio Crianças entre 2 e 18 anos	IMC	2 em 2 anos	VC ^{3, 10-13}
Alto risco Crianças com pais obesos Crianças com alterações prévias do IMC História gestacional de Diabetes	IMC Promover uma alimentação Saudável e actividade física	6 em 6 meses	VC ^{3, 10, 12, 13}

Legenda: IMC- Índice de Massa Corporal.



Recomendações

de Actividades Preventivas da APMCG

Intervenção	Técnica	Referências
Medição do IMC	Utilizar os gráficos do IMC disponíveis para a população portuguesa (do CDC dos 0 aos 20 anos ou da OMS dos 0 aos 5 anos). Nas tabelas do CDC (disponíveis em www.cdc.gov/growthcharts), um valor superior ao P85 para a sua idade e género é considerado excesso de peso e um valor superior ao P95 obesidade. No caso das tabelas da OMS (disponíveis em http://www.who.int/childgrowth/training/en/), um valor acima do 2 é considerado excesso de peso e acima do valor 3 obesidade.	5, 15, 20-22
Promover uma alimentação saudável e actividade física	Comer muitos vegetais, legumes e fruta (2 peças de fruta por dia) Comer muitos cereais incluindo pão, arroz e massa, preferencialmente integrais; Incluir carne magra, peixe e/ou outras alternativas; Incluir leite, iogurtes, queijo e/ou outras alternativas; Escolher a água como bebida; evitar refrigerantes; Limitar os alimentos de tipo snack; Tomar o pequeno-almoço todos os dias; Ajustar e limitar as doses das refeições à idade da criança; Limitar as actividades sedentárias para menos de 2 horas diárias (incluindo ver televisão, jogar jogos de vídeo ou de computador); Encorajar a actividade física moderada a vigorosa durante pelo menos 60 minutos por dia, devendo incluir os componentes aeróbio e de fortalecimento ósseo e muscular.	22

Legenda: IMC- Índice de Massa Corporal; OMS: Organização Mundial de Saúde; CDC: Centers for Disease Control and Prevention.

Grupo alvo	Procedimento	Periodicidade	Nível de evidência
Risco médio Homens e Mulheres com idade superior a 18 anos	IMC e PA	2 em 2 anos	IIB ³⁻⁹
Alto risco Indivíduos diabéticos, com patologia cardiovascular, gota, doença hepática ou vesicular	IMC e PA Aconselhamento dietético e actividade física	anual	IIIB ^{3,6}
Indivíduos com excesso de peso ou obesos	IMC e PA Desenvolver um plano	6 em 6 meses	IIIB ^{3,4,6,23}

Legenda: IMC- Índice de Massa Corporal; PA: perímetro abdominal.

Intervenção	Técnica de Avaliação
IMC	Índice de Massa Corporal: $\text{Peso (Kg)}/[\text{Altura(m)}]^2$ IMC > 25 Kg/m ² , risco aumentado
Perímetro Abdominal	Em Adultos mede-se no ponto médio entre a última costela e a crista iliaca no plano medioaxilar. A avaliação é feita no fim de uma expiração normal. PA > 94 cm nos homens e > 80 cm nas mulheres, risco aumentado PA > 102 cm nos homens e > 88 cm nas mulheres, risco elevado

Legenda: IMC- Índice de Massa Corporal; PA: perímetro abdominal; >-superior.

Classificação	IMC (Kg/m ²)	Risco de Doença*	
		Perímetro Abdominal Homens: 94 - 102 cm Mulheres: 80 - 88 cm	Perímetro Abdominal Homens > 102 cm Mulheres > 88 cm
Baixo peso	< 18,5	--	--
Peso saudável	18,5 - 24,9	--	Aumentado
Excesso de peso	25 - 29,9	Aumentado	Elevado
Obesidade Classe I ou II	30 - 34,9 (I) 35 - 39,9 (II)	Elevado a muito elevado	Muito elevado
Obesidade Mórbida ou Classe III	> 40	Extremamente elevado	Extremamente elevado

Legenda: IMC- Índice de Massa Corporal. * Risco de Diabetes tipo 2 e de Doenças Cardiovasculares.

Observações

Para as pessoas com Excesso de peso ou Obesidade devem ser aconselhados estilos de vida saudáveis. A intervenção mais eficaz é a educação nutricional, com a modificação dietética e o exercício físico combinados com estratégias comportamentais, para ajudar os pacientes a adquirir competência e suporte necessários à mudança do regime alimentar e para se tornarem fisicamente activos.^{24,4}

Deve ser oferecido a todos os indivíduos Obesos um aconselhamento intensivo e intervenções comportamentais para promover uma perda de peso sustentada. O aconselhamento intensivo envolve mais do que uma secção por mês durante pelo menos 3 meses. (Recomendação B) A evidência é insuficiente para recomendar a favor ou contra aconselhamentos de intensidade média (intervenções mensais) ou baixa.⁴ (Recomendação C)

Nos indivíduos obesos, com excesso de peso ou com PA superior a 88 cm nas mulheres e 102 cm nos homens é importante identificar o **risco global**, que inclui para além do IMC e do PA, a presença de **outros factores de risco cardiovasculares**: hipertensão, dislipidemia, diabetes, alteração da glicemia em jejum ou tolerância oral a glicose diminuída, história familiar, doença cardíaca isquémica prematura, idade (mais de 45 anos nos homens e mais de 55 anos nas mulheres) e Tabagismos e a presença de **outras co-morbilidades**.^{5,6} (Recomendação B)

4. Referências Portuguesas Relevantes

4.1. Programa Nacional de Combate à Obesidade, Plano Nacional de Saúde 2004 - 2010²⁵

Objectivos Gerais:

- Redução do peso nas pessoas obesas e nas pessoas que tenham particular risco ao desenvolver obesidade, nomeadamente pessoas com diabetes tipo 2 e doença cardiovascular, contrariar hábitos determinantes do excesso de peso e, em termos globais, contribuir para o desenvolvimento de uma cultura de promoção de um peso saudável na população portuguesa, tendo em conta uma cooperação intersectorial;
- Contrariar a taxa de crescimento da prevalência da pré-obesidade e obesidade em Portugal.

Objectivos específicos:

- Reduzir a proporção de indivíduos com IMC entre 25 e 30;
- Reduzir a proporção de indivíduos com IMC \geq 30.

4.2. Plataforma Nacional contra a Obesidade²⁶

Acções a desenvolver:

- Tradução e divulgação da Carta Europeia de Combate à Obesidade e a edição da Carta Portuguesa;
- Desenvolvimento dum programa experimental de consultas multidisciplinares ao nível da prestação dos cuidados de saúde primários;
- Criação dum módulo de aconselhamento direccionado à obesidade e excesso de peso no Centro de Atendimento Telefónico do Serviço Nacional de Saúde;
- Operacionalização do Centro de Observação Nacional da Obesidade e Controlo de Peso (actividade da Sociedade Portuguesa para o Estudo da Obesidade-SPEO em parceria com a Direcção Geral de Saúde);
- A realização de estudos de prevalência da obesidade infantil e juvenil, a nível nacional, promovida pela SPEO.

4.3. Indicadores de desempenho para as Unidades de Saúde Familiar²⁷

Porcentagem de inscritos maiores de dois anos com o índice de massa corporal registado nos últimos dois anos.

Numerador (A): Todos os utentes com idade superior a dois anos com registo do IMC nos dois anos anteriores à avaliação.

Denominador (B): Todos os utentes da USF com idade superior a dois anos.

Fórmula: (A/B) * 100

5. Referências bibliográficas

1. Direcção Geral de Saúde, Ministério da Saúde. Programa Nacional de Combate à Obesidade. In: Circular normativa nº03/DGCG de 17/03/05.
2. Padez C, Fernandes T, Mourao I, Moreira P, Rosado V. Prevalence of overweight and obesity in 7-9-year-old Portuguese children: trends in body mass index from 1970-2002. *Am J Hum Biol* 2004; 16(6):670-8.
3. The Royal Australian College of General Practitioners. Guidelines for Preventive Activities in General Practice (7th edition). The Royal Australian College of General Practitioners 2009.
4. United States Preventive Services Task Force. The guide to clinical preventive services. 2008. Disponível em URL: <http://www.aahr.gov/clinic/pocketgd09/pocketgd09.pdf> (acedido a 02/10/2009).
5. Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults. The Evidence Report. National Institutes of Health. *Obes Res* 1998; 6 Suppl 2:51S-209S.
6. George B, Pi Sunyer F, Jean E, Mulder J. Screening for and clinical evaluation of obesity in adults. In: UpToDate online 17.1.; 2008. Disponível em URL: <http://www.uptodateonline.com> (acedido a 02/10/2009).
7. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. *World Health Organ Tech Rep Ser* 2000; 894:i-xii, 1-253.
8. McTigue KM, Harris R, Hemphill B, Lux L, Sutton S, Buntun AJ, et al. Screening and interventions for obesity in adults: summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2003; 139(11):933-49.
9. Lau DC. Synopsis of the 2006 Canadian clinical practice guidelines on the management and prevention of obesity in adults and children. *CMAJ* 2007; 176(8):1103-6.
10. Screening and interventions for overweight in children and adolescents: recommendation statement. *Pediatrics* 2005; 116(1):205-9.
11. Krebs NF, Jacobson MS. Prevention of pediatric overweight and obesity. *Pediatrics* 2003; 112(2):424-30.
12. Krebs NF, Himes JH, Jacobson D, Nicklas TA, Guilday P, Styne D. Assessment of child and adolescent overweight and obesity. *Pediatrics* 2007; 120 Suppl 4:S193-228.
13. KlishKathleen W, Kirkland J, Jensen C, Hoppin A. Clinical evaluation of the obese child and Adolescent. In: UpToDate online 17.1.; 2008. Disponível em URL: <http://www.uptodateonline.com> (acedido a 05/10/2009).
14. Gray DS, Fujjoka K. Use of relative weight and Body Mass Index for the determination of adiposity. *J Clin Epidemiol* 1991; 44(6):545-50.
15. Deurenberg P, Weststrate JA, Seidell JC. Body mass index as a measure of body fatness: age- and sex-specific prediction formulas. *Br J Nutr* 1991; 65(2):105-14.
16. Dietz WH, Robinson TN. Use of the body mass index (BMI) as a measure of overweight in children and adolescents. *J Pediatr* 1998; 132(2):191-3.
17. Janssen I, Katzmarzyk PT, Ross R. Waist circumference and not body mass index explains obesity-related health risk. *Am J Clin Nutr* 2004; 79(3):379-84.
18. Janssen I, Katzmarzyk PT, Ross R. Body mass index, waist circumference, and health risk: evidence in support of current National Institutes of Health guidelines. *Arch Intern Med* 2002; 162(18):2074-9.
19. Simpson JA, MacInnis RJ, Peeters A, Hopper JL, Giles GG, English DR. A comparison of adiposity measures as predictors of all-cause mortality: the Melbourne Collaborative Cohort Study. *Obesity (Silver Spring)* 2007; 15(4):994-1003.
20. Direcção Geral de Saúde, Ministério da Saúde. Consultas de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil - Actualização das Curvas de Crescimento. Circular normativa nº 05/DSMIA de 21/12/2006.
21. Fayer D, Nixon J, Hartley S, Rithalia A, Butler G, Rudolf M, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of height-screening programmes during the primary school years: a systematic review. *Arch Dis Child* 2008; 93(4):278-84.
22. Barlow SE. Expert committee recommendations regarding the prevention, assessment, and treatment of child and adolescent overweight and obesity: summary report. *Pediatrics* 2007; 120 Suppl 4:S164-92.
23. Goldstein MG, Whitlock EP, DePue J. Multiple behavioral risk factor interventions in primary care. Summary of research evidence. *Am J Prev Med* 2004; 27(2 Suppl):61-79.
24. Shaw K, Gennat H, O'Rourke P, Del Mar C. Exercise for overweight or obesity. *Cochrane Database Syst Rev* 2006 (4):CD003817.
25. Direcção Geral de Saúde. Plano Nacional de Saúde 2004/2010. In: Ministério da Saúde. Lisboa; 2004.
26. Sociedade Portuguesa para o Estudo da Obesidade. Plataforma Nacional Contra a Obesidade. In: SPEO; 2007.
27. Missão para os Cuidados de Saúde Primários. Indicadores de desempenho para as Unidades de Saúde Familiar. Lisboa; 2006.