



Curso de Qualificação do cuidado de pessoas com hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e obesidade na Atenção Primária à Saúde na Região Sul do Rio Grande do Sul

FICHA ESPELHO - OBESIDADE

DATA DA PRIMEIRA CONSULTA		NÚMERO DO PRONTUÁRIO		CARTÃO SUS			
NOME COMPLETO				DATA DE NASCIMENTO			
ENDEREÇO				TELEFONES DE CONTATO			
SEXO (Masculino/Feminino)			COR DA PELE (Branca/Preta/Parda/Indígena/Amarela)				
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino			<input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Amarela				
ESTADO CIVIL/UNIÃO (Casado(a)/Estável/Solteiro(a)/outra)		ANOS COMPLETOS DE ESCOLARIDADE		OCUPAÇÃO			
<input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Estável <input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Outra							
TABAGISMO (Não/Sim/Ex-fumante)		CONSUME BEBIDA ALCOÓLICA? (Não/Sim)		FREQUÊNCIA		TIPO	
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Ex-fumante		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim					
ALTURA (metros)		PESO MÁXIMO (Kg)		QUANDO FOI ESSE PESO?	PESO MÍNIMO (Kg)		PESO DESEJADO (Kg)
ACANTOSE NIGRICANS - manchas escuras em dobras e vincos do corpo (Não/Sim)							
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim							
EXERCÍCIO FÍSICO REGULAR (Não/Sim)			FREQUÊNCIA (números de dias na semana)			TIPO (caminhada/corrida/musculação/ginástica...)	
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim							
COMORBIDADE (Não/Sim)							
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim SE SIM, QUAL(IS)?							
USO DE MEDICAMENTOS (Não/Sim)							
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim SE SIM, QUAL(IS)?							
USO DE MEDICAMENTOS PARA EMAGRECER (Não/Sim)							
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim SE SIM, QUAL(IS)?							
CIRURGIAS PRÉVIAS (Não/Sim)							
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim SE SIM, QUAL(IS)?							
REALIZA TRATAMENTO PSICOLÓGICO? (Não/Sim)			USO DE PRÓTESE DENTÁRIAS? (Não/Sim)			ÚLTIMA VEZ QUE CONSULTOU COM DENTISTA	

DATA	EXAMES LABORATORIAIS						
	Glicemia de jejum (< 100 mg/dL)	Glicemia capilar (casual) (< 200 mg/dL)	Hemoglobina glicada (< 5,7%)	Colesterol Total (CT) (< 160mg/dL)	HDL - CT (> 40 mg/dL em homens e > 50 mg/dL em mulheres)	LDL - CT (< 160mg/dL)	Triglicerídeos (< 150 mg/dL)

INDICADORES SISVAN	
Quais refeições você faz ao longo do dia? <input type="checkbox"/> Café da manhã <input type="checkbox"/> Lanche da manhã <input type="checkbox"/> Almoço <input type="checkbox"/> Lanche da tarde <input type="checkbox"/> Jantar <input type="checkbox"/> Ceia	
Quantos copos de água por dia você consome: copos	
Ontem, você consumiu:	ORIENTAÇÕES
<ul style="list-style-type: none"> • Feijão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não • Frutas frescas (não considerar suco de frutas): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não • Verduras e/ou legumes (não considerar batata, mandioca, aipim, macaxeira, cará e inhame): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<p>Faça de alimentos in natura ou minimamente processados a base de sua alimentação</p> <p>Limite o uso de alimentos processados, consumindo-os, em pequenas quantidades e evite alimentos ultraprocessados</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não • Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não • Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não • Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	

[Calculadora digital de IMC \(clique aqui!\)](#)

[Calculadora digital de Risco Cardiovascular \(Clique aqui!\)](#)

IMC - ADULTOS (OMS, 1997)	
IMC	Classificação
<18,5	Baixo peso
18,5 a 24,9	Peso normal (eutrófico)
25,0 a 29,9	Excesso de peso
30,0 a 34,9	Obesidade classe 1
35,0 a 39,9	Obesidade classe 2
≥40,0	Obesidade classe 3

IMC - IDOSOS (Lipschitz, 1994)	
IMC	Classificação
≤ 22	Baixo peso
>22 e <27	Adequado ou eutrófico
≥27	Sobrepeso

CIRCUNFERÊNCIA DA CINTURA (OMS, 1998)		
Sexo	Risco de complicações metabólicas associadas à obesidade	
	Elevado	Muito elevado
Masculino	≥94 cm	≥102 cm
Feminino	≥80 cm	≥88 cm

CONSULTAS/ACOMPANHAMENTO								
	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°
Data consulta								
Peso (Kg)								
IMC (Kg/m ²)								
Cir. Cintura (cm) ¹								
Risco Cardiovascular								
P. Panturrilha (idosos) (cm) ²								
Pressão Arterial (mmHg)								
Presença de edema								
Presença de feridas (pés) ³								
Está fazendo dieta?								
Hábito intestinal								
Orientação Nutricional ⁴								
Data próxima consulta								
Encaminhamento ⁵								
Profissional que atendeu								

¹ Medir em cicatriz umbilical

² Medir na perna esquerda – Valores inferiores a 31cm indicam redução de massa muscular (sarcopenia)

³ Se tiver Diabetes

⁴ Paciente recebeu orientações nutricionais durante o atendimento?

⁵ Foi realizado o encaminhamento para outro profissional? Se sim, indicar qual.

Autores: Angélica Linhares | Karla Machado | Tainã Dutra Valério | Elaine Tomasi | Elaine Thumé