



**LINHA DE CUIDADO
ÀS PESSOAS COM
SOBREPESO
E OBESIDADE**
ADULTO

**LINHA DE CUIDADO ÀS PESSOAS COM SOBREPESO E OBESIDADE
ADULTO**

**1ª Edição
2022**

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ

César Augusto Neves Luiz
Secretário de Estado da Saúde do Paraná

Nestor Werner Junior
Diretor Geral

Vinícius Augusto Filipak
Diretor de Gestão em Saúde

Maria Goretti David Lopes
Diretora de Atenção e Vigilância em Saúde

Elaine Cristina Vieira de Oliveira
Coordenadora de Promoção da Saúde

Cristina Klobukoski
Chefe da Divisão de Promoção da Alimentação Saudável e Atividade Física

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação – CIP
Biblioteca da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (BIBSESA)

P223 Paraná. Secretaria da Saúde. Divisão de Promoção da Alimentação Saudável e Atividade Física

Linha de Cuidado às Pessoas com Sobrepeso e Obesidade: Adulto / Divisão de Promoção da Alimentação Saudável e Atividade Física. Curitiba: SESA, 2022.

76 p.

ISBN: 978-85-66800-29-6

1. Vigilância Nutricional. 2. Obesidade. 3. Sobrepeso. 4. Avaliação Nutricional. 5. Adulto I. Título. II. Autor.

CDD 616.398

Rodolpho Luiz de Lorenzi - CRB9/2008

Organização e Revisão

Cristina Klobukoski

Fernanda Pietrangelo Merlino

Elaine Cristina Vieira de Oliveira

Elaboração

Adriana Miguel

Aline Pinto Guedes

Cristina Klobukoski

Denise Manne

Elaine Cristina Vieira de Oliveira

Élide Sbardellotto Mariano da Costa

Fernanda Pietrangelo Merlino

Francielle Pires dos Santos

Gilcele Alves da Silva Loureiro

Jéssica Oliveira de Lima

Juliana Eggers

Juliana Istchuk Bruning de Oliveira

Marcelo Soares Veloso

Maria Assunção

Maria Luíza da Silva

Nathalie Perolla Mingorance

Patrícia Monteiro Somer

Raquel Mazetti Castro

Roselene de Campos Corpolato

Rosiane Aparecida da Silva

Silviane da Silva de Almeida

Sidneya Marques Svierdovski

Vanessa Carvalho de Souza Leal

Concepção Gráfica e Diagramação

Juliana Scheller

APRESENTAÇÃO

O excesso de peso é um grave problema de saúde pública que tem apresentado prevalências crescentes. Impacta negativamente na vida da população a medida em que reduz a qualidade de vida e aumenta a carga de doenças associadas.

O Estado do Paraná, por meio da Secretaria de Estado da Saúde, tem o compromisso de desenvolver ações que fortaleçam a promoção da saúde, a prevenção e a atenção integral às pessoas com sobrepeso e obesidade, qualificando o cuidado em todos os pontos da Rede de Atenção à Saúde. Neste sentido, é notória a relevância da implantação desta Linha de Cuidado.

A Linha de Cuidado às pessoas com Sobrepeso e Obesidade traz diretrizes norteadoras para a organização das ações e dos serviços de saúde, promovendo a atenção integral às pessoas com excesso de peso e aprimorando a assistência à saúde prestada aos cidadãos paranaenses.

Com grande satisfação entregamos esse documento, cumprindo os compromissos estabelecidos no Plano de Governo e no Plano Estadual de Saúde do Paraná 2020-2023, os quais reforçam a nossa responsabilidade na garantia de melhores condições de saúde para a população paranaense.

César Augusto Neves Luiz

Secretário de Estado da Saúde do Paraná

LISTA DE SIGLAS

AAE	Atenção Ambulatorial Especializada
ABESO	Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica
AH	Atenção Hospitalar
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia no SUS
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
EM	Entrevista Motivacional
e-SUS AB	Sistema e-SUS Atenção Básica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corporal
MACC	Modelo de Atenção às Condições Crônicas
ODS	Objetivos do Desenvolvimento Sustentável
PA	Pronto Atendimento
PCDT	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
PICS	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SADT	Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIA	Sistema de Informações Ambulatoriais
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Terapia Cognitivo-Comportamental
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
WHO	World Health Organization

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Classificação do estado nutricional de adultos e risco de comorbidades segundo Índice de Massa Corporal (IMC)	18
Quadro 2	Parâmetros para risco cardiovascular em adultos, segundo perímetro da cintura, por gênero e etnia	19
Quadro 3	Principais condições associadas ao ganho de peso	20
Quadro 4	Eixos estratégicos para implementação da atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade	21
Quadro 5	Elementos do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) e o cuidado de usuários com obesidade	23
Quadro 6	Periodicidade recomendada de reavaliação do estado nutricional e de marcadores do consumo alimentar quando IMC adequado	26
Quadro 7	Definição dos Pontos de Atenção à Saúde	27
Quadro 8	Matriz dos Pontos de Atenção à Saúde das pessoas com sobrepeso e obesidade	27
Quadro 9	Principais atribuições da Rede de Atenção à Saúde	28
Quadro 10	Acompanhamento por nível de atenção segundo classificação de IMC e comorbidades	32
Quadro 11	Equipe multidisciplinar sugerida por nível de atenção	33
Quadro 12	Relação de exames indicados para as fases pré e pós operatória do tratamento cirúrgico da obesidade	34
Quadro 13	Princípios do cuidado à pessoa com sobrepeso e obesidade	38
Quadro 14	Frequência de acompanhamento de indivíduos com sobrepeso e obesidade	43
Quadro 15	Classificação de alimentos segundo grau de processamento	46
Quadro 16	Dez passos para uma alimentação saudável	48
Quadro 17	Principais recomendações nutricionais	49
Quadro 18	Classificação de intensidade de atividade física	52
Quadro 19	Indicações e contraindicações para cirurgia bariátrica e cirurgia plástica reparadora	57

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Coberturas populacionais de avaliação do estado nutricional na população adulta paranaense, segundo municípios, 2020	17
Figura 2	Modelo de Atenção às Condições Crônicas para o cuidado da pessoa com obesidade	24
Figura 3	Fluxo de atenção ao usuário com sobrepeso e obesidade	31
Figura 4	Sumarização do tratamento não farmacológico do sobrepeso e obesidade em adultos	58

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Série histórica de excesso de peso e obesidade em adultos no Paraná, 2008 a 2020	15
Gráfico 2	Excesso de peso em adultos, segundo Regiões de Saúde do Paraná, 2020	16
Gráfico 3	Obesidade em adultos, segundo Regiões de Saúde do Paraná, 2020	16

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	4
1 INTRODUÇÃO	11
2 PREMISSAS	13
3 CARACTERIZAÇÃO	14
3.1 Definição e Causalidade	14
3.2 Situação Epidemiológica	14
3.3 Fatores de Risco e de Proteção	17
3.4 Classificação e Diagnóstico	18
3.4.1 Índice de Massa Corporal	18
3.4.2 Avaliação da Circunferência Abdominal.....	19
3.4.3 Condições Associadas	20
4 ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE.....	21
4.1 Eixos Estratégicos para implementação da Atenção às Pessoas com Sobrepeso e Obesidade.....	21
4.2 Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC)	23
4.3 Vigilância Alimentar e Nutricional.....	25
4.4 Competências dos Pontos de Atenção da RAS	26
4.5 Fluxo de Atenção às Pessoas com Sobrepeso e Obesidade	30
4.6 Cuidado compartilhado da APS com AAE e AH	33
4.7 Exames.....	34
4.8 Estrutura dos serviços de saúde	34
5 O CUIDADO DA PESSOA COM SOBREPESO E OBESIDADE NA RAS.....	36
5.1 Cuidado integral e acompanhamento longitudinal.....	36
5.2 Estigma	37
5.3 Processo de cuidado	38
5.3.1 Avaliação inicial	39
5.3.2 Abordagens individuais	39
5.3.3 Abordagens coletivas.....	40
5.3.4 Abordagens transversais	41
5.3.5 Acompanhamento longitudinal.....	41
5.3.6 Gestão da clínica e Plano de Cuidado.....	43
5.4 Metas terapêuticas.....	44
5.5 Abordagens terapêuticas	45

5.5.1 Alimentação e Nutrição	45
5.5.2 Atividade Física.....	50
5.5.3 Suporte psicológico	53
5.5.4 Práticas Integrativas e Complementares em Saúde	54
5.5.5 Tratamento farmacológico.....	55
5.5.6 Tratamento Cirúrgico	56
5.5.7 Sumarização do tratamento	58
5.6 Comorbidades	59
REFERÊNCIAS	61
ANEXO I	65
ANEXO II	66
ANEXO III	68
ANEXO IV	69
ANEXO V	72

1 INTRODUÇÃO

O excesso de peso, caracterizado pelo sobrepeso e pela obesidade, é uma condição complexa com determinação multifatorial, que compromete a qualidade de vida, aumenta a carga de doenças associadas e reduz a expectativa de vida das pessoas, impactando também nos gastos diretos e indiretos em saúde.

A obesidade é uma doença e um dos fatores de risco de maior relevância no conjunto das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), que incluem a hipertensão arterial, o diabetes mellitus, as doenças cardiovasculares e os mais diversos tipos de neoplasias. Está entre os três fatores de risco mais fortemente associados à mortes e incapacidades no país (BRASIL, 2021c).

As DCNT são responsáveis pela maior carga de morbimortalidade no mundo, acarretando em perda de qualidade de vida, limitações, incapacidades, além de alta taxa de mortalidade prematura, na faixa etária de 30 a 69 anos (BRASIL, 2021d).

A prevalência de obesidade tem aumentado de maneira epidêmica em todas as faixas etárias. O excesso de peso atinge 60,3% da população brasileira (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE, 2020). No Paraná, dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) apontam que, em 2020, 69,9% dos adultos atendidos na Atenção Primária à Saúde (APS) apresentaram excesso de peso e, destes, 35,6% estavam com obesidade (BRASIL, 2020e).

Apesar da alta prevalência e de todos os impactos da obesidade na saúde das pessoas, o percentual de atendimentos individuais na APS realizados na população adulta do estado, com o registro de condição avaliada obesidade foi de apenas 2,07% em 2019 (BRASIL, 2019) e 1,38% em 2020 (BRASIL, 2020d). Esse cenário é semelhante ao apresentado em âmbito nacional, demonstrando a necessidade premente da qualificação da atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade, para implementação de intervenções nos territórios que assegurem o cuidado integral em saúde.

A multicausalidade da obesidade engloba uma série complexa de fatores genéticos, ambientais e comportamentais. O ambiente cada vez mais obesogênico, que dificulta a adoção e manutenção de hábitos alimentares saudáveis e da prática regular de atividade física, é o principal fator contributivo para o aumento da prevalência de obesidade (SWINBURN et al., 2019).

As metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e a Agenda 2030, reforçam o compromisso global de intervir sobre os determinantes sociais e ambientais, buscando assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos.

Nesta perspectiva, a meta nacional prevista no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil 2021-2030, é de reduzir em 2% a obesidade em crianças e adolescentes e deter o crescimento da obesidade em adultos (BRASIL, 2021d).

Considerando todo o cenário apresentado, esta Linha de Cuidado tem o objetivo de estimular junto as equipes da Rede de Atenção à Saúde (RAS), o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção, atenção e vigilância; visando a redução do excesso de peso, a melhoria das condições de saúde, o manejo dos fatores de risco associados e a prevenção de complicações, promovendo qualidade de vida.

Sendo assim, é essencial que os gestores e profissionais de saúde estabeleçam articulação intra e intersetorial, no âmbito municipal, regional e estadual, para a implementação da Linha de Cuidado às Pessoas com Sobrepeso e Obesidade como forma de prestar assistência ao usuário nos diversos pontos de atenção da RAS, bem como empoderar as pessoas sobre suas condições de saúde, promovendo o autocuidado.

2 PREMISSAS

São premissas da Linha de Cuidado às Pessoas com Sobrepeso e Obesidade:

Vigilância Alimentar e Nutricional

- Apoiar os profissionais de saúde no diagnóstico local e oportuno da situação alimentar e nutricional, bem como monitorar e prever o cenário, tendência e magnitude da situação de obesidade em nível municipal, regional e estadual

Não culpabilização do indivíduo

- O estigma enfrentado pelos adultos com obesidade resultam em maior morbimortalidade e afetam negativamente o tratamento

Promoção da Saúde

- Implementar ações de promoção da saúde e prevenção do excesso de peso, especialmente voltadas à promoção da alimentação adequada e saudável e à prática de atividade física

Cuidado integral

- Promover a atenção integral, multiprofissional e interdisciplinar em todos os pontos da Rede de Atenção à Saúde

Intersetorialidade

- A multicausalidade da obesidade demanda ações de diversos setores

3 CARACTERIZAÇÃO

3.1 Definição e Causalidade

O excesso de peso é caracterizado por sobrepeso e obesidade, sendo a obesidade considerada uma condição crônica multifatorial, recidivante, caracterizada pelo acúmulo excessivo de tecido adiposo, e está envolvida em diversas complicações e comorbidades que elevam a morbimortalidade e reduzem a qualidade e expectativa de vida (BRASIL, 2021a).

É decorrente, fundamentalmente, do desequilíbrio entre as calorias consumidas e o gasto energético, os quais sofrem influência de fatores ambientais, econômicos, sociais, culturais, comportamentais e políticos, que extrapolam as escolhas unicamente individuais (WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO, 2021; BRASIL, 2020c).

Também podem estar associados à gênese da obesidade o ambiente intrauterino, fatores genéticos, uso de medicamentos obesogênicos, sono insuficiente, disruptores endócrinos e microbiota intestinal (BRASIL, 2020c).

Diversas complicações metabólicas da obesidade aumentam o risco de desenvolvimento de outras DCNT, como doenças cardiovasculares, diabetes mellitus tipo 2, neoplasias, cirrose hepática, entre outras (BRASIL, 2021a).

3.2 Situação Epidemiológica

No Brasil, o excesso de peso, que corresponde ao somatório entre sobrepeso e obesidade, tem aumentado em todas as faixas etárias nas últimas décadas. A Pesquisa Nacional de Saúde (2019) estimou que, em 2019, 60,3% da população adulta com 18 anos ou mais de idade apresentava excesso de peso e, destes, 25,9% obesidade. A evolução temporal do quadro epidemiológico do excesso de peso em pessoas maiores de 20 anos no país, demonstra que a prevalência em 2019 aumentou quando comparado ao período entre 2002-2003, passando de 43,3% para 60,0% em homens e de 43,2% para 63,3% em mulheres. A obesidade saltou de 9,6% para 22,8% e de 14,5% para 30,2%, respectivamente (IBGE, 2020).

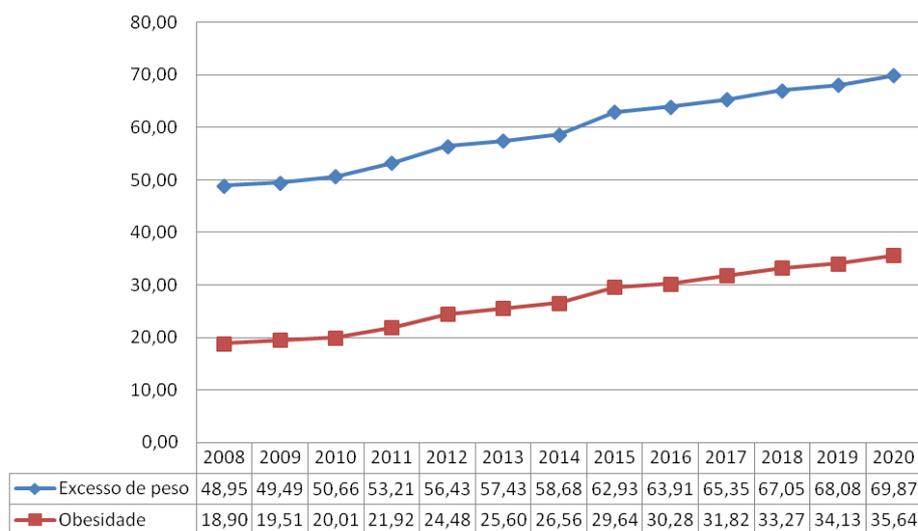
Considerando as pessoas que tiveram peso e altura aferidos nas unidades de saúde da APS no ano de 2020 no Brasil, segundo dados do SISVAN, 66,5% dos adultos apresentaram

excesso de peso e, destes, 31,6% estavam com obesidade, sendo 20,0% obesidade grau I, 7,7% obesidade grau II e 3,9% obesidade grau III (BRASIL, 2020e).

No Paraná esses números são ainda mais preocupantes, 69,9% dos adultos avaliados em 2020 apresentaram excesso de peso e, destes, 35,6% obesidade, segundo dados do SISVAN, sendo 22,0% obesidade grau I, 9,1% obesidade grau II e 4,5% obesidade grau III (BRASIL, 2020e).

Ao analisar a tendência temporal do excesso de peso e obesidade no Paraná entre os anos de 2008 e 2020, observa-se um aumento de 42,7% no excesso de peso e 88,6% na obesidade entre adultos, conforme demonstrado no Gráfico 1.

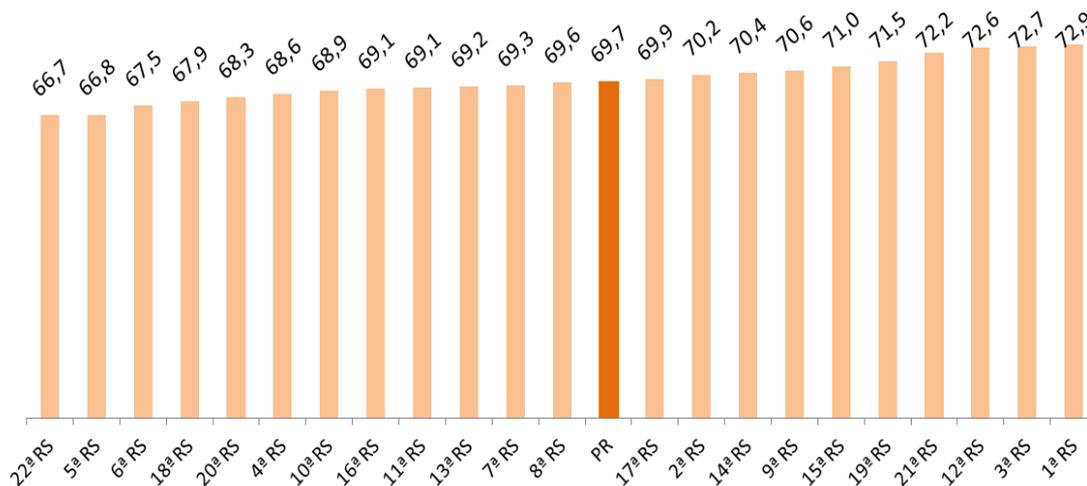
Gráfico 1 - Série histórica de excesso de peso e obesidade em adultos no Paraná. 2008 a 2020



Fonte: Elaborado pelos autores com dados extraídos do SISVAN (BRASIL, 2020e).

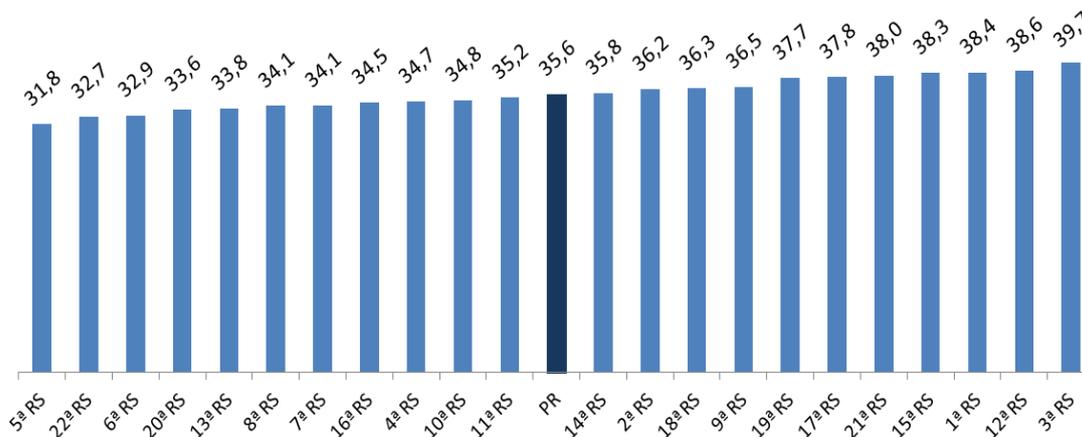
A observação da distribuição geográfica do excesso de peso em adultos no Paraná, no ano de 2020, demonstra que as prevalências são elevadas em todas as Regiões, como pode ser observado nos gráficos 2 e 3.

Gráfico 2 - Excesso de peso em adultos, segundo Regiões de Saúde do Paraná, 2020



Fonte: Elaborado pelos autores com dados extraídos do SISVAN (BRASIL, 2020e).

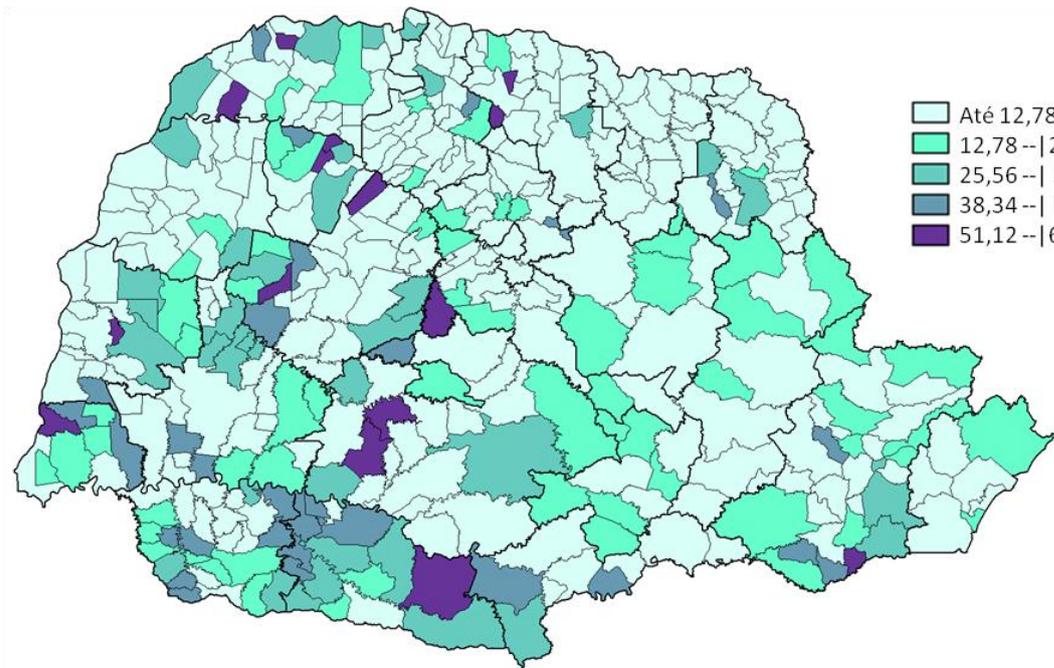
Gráfico 3 - Obesidade em adultos, segundo Regiões de Saúde do Paraná, 2020



Fonte: Elaborado pelos autores com dados extraídos do SISVAN (BRASIL, 2020e).

Ressalta-se que uma adequada avaliação da situação epidemiológica do estado nutricional da população é dependente de uma alta cobertura de indivíduos avaliados, principalmente para possibilitar maiores níveis de desagregação. A figura 1 apresenta o mapa de calor referente às coberturas populacionais de avaliação do estado nutricional em adultos nos municípios paranaenses no ano de 2020, destacando a necessidade de aumentar as coberturas na maioria dos municípios.

Figura 1 - Coberturas populacionais de avaliação do estado nutricional na população adulta paranaense, segundo municípios, 2020



Fonte: Elaborado pelos autores com dados extraídos do SISVAN (BRASIL, 2020e).

No anexo I são apresentados os percentuais de cobertura populacional da avaliação do estado nutricional e prevalência de excesso de peso e obesidade em adultos, segundo Regiões de Saúde do Paraná.

3.3 Fatores de Risco e de Proteção

A determinação multifatorial do sobrepeso e da obesidade está associada às condições e aos modos de vida da população, nos quais estão envolvidos fatores biológicos, históricos, ecológicos, econômicos, sociais, culturais e políticos (BRASIL, 2021c).

O padrão alimentar do brasileiro nas últimas décadas passou por significativas transformações, em que houve redução do consumo de alimentos *in natura* e minimamente processados e aumento do consumo de alimentos ultraprocessados, esses últimos sendo compostos por vários ingredientes e processados de maneira a produzir alimentos altamente rentáveis, duráveis, convenientes e mais palatáveis; mas, de baixo valor nutricional, com maior densidade energética, maior quantidade de açúcar livre, gordura total, gordura saturada e

gordura trans, e menor quantidade de fibras, vitaminas e minerais. Há evidências suficientes para considerar que o consumo desses alimentos se constitui em fator de risco para o desenvolvimento do sobrepeso e da obesidade, além de outras condições crônicas (BRASIL, 2021c).

O aumento da inatividade física e do tempo em comportamento sedentário da população também é um fator de risco na medida em que contribui para o desequilíbrio entre a quantidade de calorias consumidas e gastas. O tempo em comportamento sedentário está fortemente relacionado à obesidade, à diabetes mellitus tipo 2, à síndrome metabólica e à mortalidade por todas as causas; bem como ao aumento da circunferência da cintura (BRASIL, 2021c).

3.4 Classificação e Diagnóstico

3.4.1 Índice de Massa Corporal

O diagnóstico do sobrepeso e obesidade é clínico, com base na estimativa do Índice de Massa Corporal (IMC), que é dado pela relação entre o peso e a altura ao quadrado do indivíduo, conforme a fórmula abaixo:

$$\text{IMC} = \frac{\text{peso (kg/m}^2\text{)}}{\text{altura}^2}$$

O IMC é um método de fácil aplicação e baixo custo que indica o estado nutricional do indivíduo, sendo utilizado para estratificar o risco de desenvolvimento de comorbidades, bem como norteia a estratégia terapêutica a ser utilizada (BRASIL, 2020c; BRASIL, 2021a).

Quadro 1 - Classificação do estado nutricional de adultos e risco de comorbidades segundo Índice de Massa Corporal (IMC)

Classificação	IMC (Kg/m ²)	Risco de comorbidades
Abaixo do peso	<18,50	Baixo
Eutrófico	18,50 – 24,99	Médio
Sobrepeso	25,00 – 29,99	Pouco elevado
Obesidade grau I	30,00 – 34,99	Elevado
Obesidade grau II	35,00 – 39,99	Muito elevado
Obesidade grau III	≥40,00	Muitíssimo elevado

Fonte: BRASIL, 2020c.

O uso do IMC apresenta limitações, por não ser uma medida direta da gordura corporal, não indicar sua distribuição, não considerar a massa muscular e não distinguir gênero e etnia, devendo ser avaliado de maneira criteriosa (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA - ABESO, 2016). Apesar disso, o IMC tem sido empregado como substituto da medida de gordura corporal, na prática clínica e nos estudos epidemiológicos e clínicos (BRASIL, 2021a).

3.4.2 Avaliação da Circunferência Abdominal

A combinação do IMC com uma medida de distribuição de gordura corporal é, provavelmente, a melhor opção para uma adequada avaliação clínica. Quanto maior a medida da circunferência abdominal, maior o risco de doenças cardiovasculares, diabetes mellitus tipo 2 e mortalidade por todas as causas (BRASIL, 2021a) .

A medida é obtida com uso de fita métrica, mensurando-se a região localizada no ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca com o indivíduo em expiração. Na impossibilidade de se identificar essa região, a medida é feita a 2 cm acima da cicatriz umbilical (BRASIL, 2020c).

Quadro 2 - Parâmetros para risco cardiovascular em adultos, segundo perímetro da cintura, por gênero e etnia.

Etnia	Risco cardiovascular alto		Risco cardiovascular muito alto	
	Mulher	Homem	Mulher	Homem
Caucasiana	≥80,0 cm	≥94,0 cm	≥88,0 cm	≥102,0 cm
Latina	≥83,0 cm	≥88,0 cm	≥90,0 cm	≥94,0 cm
Africana	≥71,5 cm	≥76,5 cm	≥81,5 cm	≥80,5 cm
Asiática	≥80,0 cm	≥85,0 cm	ND	ND

Fonte: BRASIL, 2020c. Legenda: ND – Não Determinado. Nota: caucasiana – pessoas de pele branca, de descendência europeia; latinos: pessoas de pele parda, latino americanos; africana – pessoas de pele negra, descendência africana; asiática: pessoas de pele amarela, descendentes de países asiáticos.

Assim como o IMC, é importante considerar que a circunferência abdominal também é uma medida indireta da gordura visceral e apresenta limitações como em gestação, ascite, distensão abdominal, entre outros. Ainda, se torna menos sensível com o aumento do IMC (BRASIL, 2020c).

3.4.3 Condições Associadas

Algumas condições de saúde (isoladamente raras) podem estar associadas com ganho de peso e devem ser avaliadas na história clínica. Na suspeita clínica, realizar abordagem diagnóstica de acordo com cada caso.

Quadro 3 – Principais condições associadas ao ganho de peso

Doenças endócrinas	Hipotireoidismo Síndrome de Cushing Síndrome dos Ovários Policísticos
Doenças psiquiátricas	Depressão Transtorno de estresse pós-traumático Transtornos de ansiedade Transtorno de humor bipolar Adição a drogas Transtornos alimentares (compulsão alimentar periódica e bulimia) podem estar associadas, entre outros sinais e sintomas, a ganho de peso, devendo ser avaliadas e tratadas quando identificadas
Doenças genéticas raras	Osteodistrofia hereditária de Albright Prader-Willi Bardel Biedel e Alstrom
Medicamentos	Muitos medicamentos utilizados para tratamento de outras condições clínicas podem contribuir para aumento de peso em indivíduos suscetíveis, tais como: Antipsicóticos Atípicos: Olanzapina, clozapina, risperidona Antidepressivos: Amitriptilina, mirtazapina, paroxetina Estabilizadores de humor: Carbonato de Lítio Glicocorticóides: Prednisona Hipoglicemiantes: Insulina, sulfoniluréias (glibenclamida, gliclazida MR) Anticonvulsivantes: Fenitoína, ácido valpróico, gabapentina, carbamazepina Anti-histamínicos: Principalmente 1ª geração Nesses casos deve ser avaliado o prejuízo <i>versus</i> o ganho para a saúde do usuário em tratamento.

Fonte: BRASIL, 2020c

4 ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

O cuidado integral da pessoa com obesidade caracteriza-se como um desafio permanente para os profissionais de saúde nos diferentes pontos da RAS. Para que o cuidado seja realmente efetivo, as ações devem ser realizadas de forma organizada, qualificada, centrada na pessoa e ofertadas por equipes multiprofissionais, de modo a favorecer a adoção de um estilo de vida saudável (BRASIL, 2021e).

A organização da RAS deve acontecer de forma articulada e integrada com outros serviços e instituições do território, de modo a ofertar ações contínuas, longitudinais, colaborativas e efetivas, visando fortalecer a rede de apoio na construção de intervenções compartilhadas, que possibilitem a criação de vínculos, a corresponsabilidade e a cogestão para um cuidado mais resolutivo (BRASIL, 2021e).

4.1 Eixos Estratégicos para implementação da Atenção às Pessoas com Sobrepeso e Obesidade

Os eixos estratégicos para implementação da atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade são apresentados no Quadro 4.

Quadro 4 – Eixos estratégicos para implementação da atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade

Eixos estratégicos	Objetivos	Operacionalização
Organização das ações e dos serviços da Rede de Atenção à Saúde	Identificar necessidades e prioridades na região;	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar levantamento, análise e adequações necessárias em relação à infraestrutura, equipamentos, rede de serviços, regulação, disponíveis no território; ▪ Realizar a territorialização e identificação das pessoas com sobrepeso e obesidade, por meio da vigilância alimentar e nutricional; ▪ Definir fluxos assistenciais de atendimento; ▪ Propor ações e intervenções em saúde para a atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade.

<p>Vigilância Alimentar e Nutricional e monitoramento da prática de atividade física</p>	<p>Realizar de forma contínua e sistemática a avaliação do estado nutricional e de marcadores de consumo alimentar, bem como da prática de atividade física.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar vigilância alimentar e nutricional nas pessoas do território e dar seguimento aos casos que necessitem de cuidado; ▪ Realizar a análise da situação de saúde da população, de forma a subsidiar o planejamento da atenção nutricional e demais ações relacionadas; ▪ Monitorar a prevalência de atividade física na população adscrita e propor ações para seu aumento gradativo.
<p>Formação e educação permanente</p>	<p>Aprimorar o conhecimento sobre as ações de promoção da saúde, redução de riscos e cuidado das pessoas com sobrepeso e obesidade.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Investir em processos de capacitação e atualização para qualificar a atenção à saúde para a redução de riscos e o cuidado das pessoas com sobrepeso e obesidade; ▪ Realizar atividades de educação em saúde para as pessoas com sobrepeso e obesidade no território, para promoção do autocuidado apoiado.
<p>Promoção da saúde e redução de riscos de sobrepeso e obesidade</p>	<p>Implementar ações de promoção da saúde e redução de riscos do excesso de peso, de forma intersetorial, articuladas aos demais equipamentos e instituições do território.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incentivar a criação de ambientes saudáveis no trabalho, na escola, na comunidade e outros espaços, bem como nos serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); ▪ Promover ações de educação alimentar e nutricional, aconselhamento e oferta de serviços voltados à atividade física e ao lazer; ▪ Implementar e disseminar o Guia Alimentar para a População Brasileira para a promoção da alimentação adequada e saudável; ▪ Implementar e disseminar o Guia de Atividade Física para a População Brasileira para promoção da atividade física; ▪ Divulgar orientações à população sobre alimentação adequada e saudável e práticas corporais e atividade física.
<p>Cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade</p>	<p>Realizar a atenção integral, multiprofissional, com abordagens individuais, familiares, coletivas e</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar suporte profissional contínuo e adequado às pessoas para a manutenção da perda de peso e melhora da qualidade de

	transversais.	vida; <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fomentar a inclusão das recomendações de alimentação saudável e atividade física nas diversas ações da teleassistência;
Planejamento, implementação e monitoramento	Realizar o planejamento das ações/atividades no processo de cuidado e avaliar o cumprimento dos objetivos propostos.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaborar um plano de ação para a implantação do processo de cuidado à pessoa com sobrepeso e obesidade; ▪ Registrar nos sistemas de informação vigentes o atendimento das pessoas com sobrepeso e obesidade; ▪ Monitorar sistematicamente indicadores para o fortalecimento da organização do processo de trabalho e cuidado.

Fonte: BRASIL, 2021c (Adaptado)

4.2 Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC)

Para que a RAS possa ser resolutiva é essencial que sua organização seja pautada em um modelo de atenção à saúde adequado, integrado e contínuo, que antecipe as necessidades da população. Neste sentido, propõe-se o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) (BRASIL, 2021e). O quadro 5 apresenta os elementos do MACC e as ações relacionadas ao cuidado que podem ser implementadas no cotidiano de trabalho das equipes.

Quadro 5 – Elementos do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) e o cuidado dos usuários com sobrepeso e obesidade

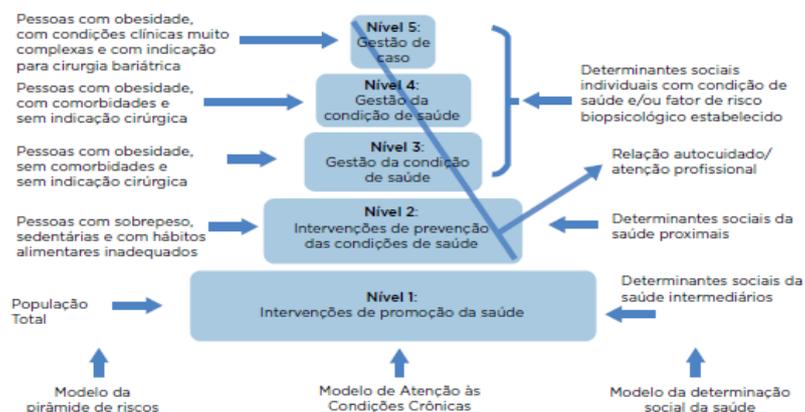
Elementos	Ações relacionadas
Organização da atenção à saúde	<ul style="list-style-type: none"> ▪ APS deve coordenar o cuidado e compartilhá-lo com a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) e Atenção Hospitalar (AH) da RAS, conforme a necessidade do usuário; ▪ Integrar as equipes da APS com profissionais de outros pontos da RAS; ▪ Estabelecer a comunicação e fluxo de informações dos usuários nos pontos de atenção da RAS por meio do plano de cuidados; ▪ Definir e distribuir tarefas entre os membros da equipe multiprofissional; ▪ Expandir a abordagem para além do atendimento individual tradicional (Ex.: atendimento compartilhado, plano de cuidado compartilhado, atendimento domiciliar, grupos terapêuticos, etc.); ▪ Organizar o acesso desses usuários para a agenda por demanda espontânea e programada; ▪ Classificar o estado nutricional e estratificar risco para comorbidades e ofertar a atenção segundo as necessidades do usuário; ▪ Utilizar a gestão de caso para condições de saúde mais complexas;

	<ul style="list-style-type: none"> Monitorar pessoas com sobrepeso e obesidade para avaliar as estratégias de intervenções utilizadas.
Suporte às decisões	<ul style="list-style-type: none"> Definir ações de saúde baseadas em evidências científicas e referenciais teóricos propostos por instituições de caráter técnico-científico; Usar ferramentas de educação permanente e de educação em saúde; Envolver equipe multiprofissional para o apoio na tomada de decisões.
Sistemas de informação em saúde	<ul style="list-style-type: none"> Registrar informações dos usuários e de seus territórios nos sistemas de informação vigentes (Ex.: Sistema e-SUS, Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA, Sistema de Informações Hospitalares – SIH); Preencher o prontuário do cidadão com completude de informações a respeito do manejo e condutas realizadas.
Autocuidado apoiado	<ul style="list-style-type: none"> Reconhecer o papel central dos usuários na atenção à saúde e desenvolver no usuário o sentido da autorresponsabilidade pelo seu cuidado; Definir os problemas, estabelecer prioridades, propor metas, elaborar planos de cuidado e monitorar resultados, conjuntamente com o usuário; Promover cooperação entre equipe e usuários.
Recursos da comunidade	<ul style="list-style-type: none"> Articular ações de promoção, prevenção e atenção de forma intersetorial na comunidade; Utilizar espaços potenciais do território para realizar ações de cuidado (Ex.: praças, Centros de Assistência Social, Academia da Saúde, associações, etc.)

Fonte: BRASIL, 2021e (Adaptado)

O MACC organiza a atenção e as ações de cuidado considerando a complexidade de cada caso e o tipo de atenção demandada, uma vez que usuários com grau de obesidade semelhante podem demandar cuidado profissional em intensidades diferentes. Esse processo requer que a equipe de saúde conheça a população (usuário e sua família) e o território, permitindo identificar redes de apoio para o cuidado (BRASIL, 2021e).

Figura 2 - Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) para o cuidado da pessoa com sobrepeso e obesidade



Fonte: BRASIL, 2021e

- Níveis 1 e 2: pessoas sem obesidade, que demandam ações de promoção da saúde e prevenção de obesidade, de forma a alcançar e/ou manter níveis saudáveis do peso corporal, dos hábitos alimentares e da prática de atividade física;
- Nível 3: pessoas com obesidade, sem comorbidades ou indicação cirúrgica de tratamento. Demandam intervenções de autocuidado apoiado ofertadas pela equipe da APS, com ênfase na atenção multiprofissional;
- Nível 4: pessoas com obesidade e comorbidades, mas sem indicação cirúrgica de tratamento. Possuem maior necessidade da atenção compartilhada entre equipe da APS e da AAE;
- Nível 5: pessoas com obesidade, condições crônicas muito complexas e indicação de tratamento cirúrgico ($IMC \geq 35 \text{ kg/m}^2$ com comorbidades descompensadas ou $IMC \geq 40 \text{ kg/m}^2$, sem sucesso no tratamento longitudinal realizado por no mínimo dois anos na APS e ou AAE ou com $IMC \geq 50 \text{ kg/m}^2$). Demandam a gestão de caso, cuidado profissional em todos os pontos de atenção e sistemas de apoio da RAS e grande participação dos profissionais da AAE e AH.

É importante lembrar que, no modelo MACC, ainda que o usuário esteja nos níveis 3, 4 ou 5, é imprescindível avaliar se ele se sente preparado e confiante para realizar o tratamento da obesidade. Para isso, pode ser utilizada a avaliação de estágios de mudança e de autoeficácia, como preconizado pelo Modelo Transteórico, disponível no Anexo II (BRASIL, 2021e).

4.3 Vigilância Alimentar e Nutricional

A vigilância alimentar e nutricional é caracterizada pela descrição contínua e predição de tendências da alimentação e nutrição da população e seus fatores determinantes. A avaliação constante e sistemática do estado nutricional e de marcadores do consumo alimentar é essencial para a identificação precoce de alterações no peso e de padrões alimentares não saudáveis, constituindo-se como um dos primeiros passos na organização da atenção à saúde (BRASIL, 2021c).

A vigilância alimentar e nutricional e a identificação dos usuários com sobrepeso e obesidade na APS podem ser realizadas em diferentes momentos, como na demanda espontânea, durante consultas programadas, visitas domiciliares, atividades coletivas, busca

ativa, além de outros espaços do território como Academias da Saúde, entre outros (BRASIL, 2021c).

O registro dos dados de peso, altura e marcadores de consumo alimentar deve ser realizado no sistema de informação vigente (e-SUS, sistema próprio ou SISVAN). A coleta desses dados e o correto registro permitem a atuação imediata das equipes, organização do processo de trabalho para dar seguimento às pessoas que necessitem de cuidado e a análise da situação de saúde de forma coletiva, possibilitando a melhoria da qualidade da intervenção e identificação de necessidades e prioridades no território (BRASIL, 2021c).

O SISVAN é uma potente ferramenta para apoiar a gestão das informações de Vigilância Alimentar e Nutricional na APS, incluindo informações de estado nutricional e consumo alimentar. Assim, subsidia a gestão na análise dos indicadores de alimentação e nutrição da população (BRASIL, 2021d).

O quadro 6 apresenta a periodicidade recomendada de reavaliação do estado nutricional e dos marcadores de consumo alimentar nos casos de IMC adequado (BRASIL, 2015).

Quadro 6 - Periodicidade recomendada de reavaliação do estado nutricional e de marcadores de consumo alimentar quando IMC adequado

Faixa etária	Periodicidade de avaliação e registro
Indivíduos adultos	No mínimo, 1 registro por ano

Fonte: BRASIL, 2015.

Nos casos identificados com sobrepeso e obesidade recomenda-se que a avaliação do estado nutricional e marcadores de consumo alimentar seja realizada a cada consulta, de forma a possibilitar o monitoramento e definição de condutas durante o tratamento.

4.4 Competências dos Pontos de Atenção da RAS

A organização do acesso às ações e aos serviços especializados referentes ao cuidado das pessoas com sobrepeso e obesidade deve ser realizado pela APS, cumprindo o seu papel de ordenadora do cuidado, que atuará de forma integrada e articulada com os demais pontos de atenção.

A APS compartilha com a AAE o cuidado de pessoas com condições de saúde mais complexas, que demandem abordagens com maior densidade tecnológica e intervenção

terapêutica, e daqueles sem sucesso no tratamento da obesidade durante acompanhamento longitudinal na APS (BRASIL, 2021c).

O Quadro 7 apresenta as definições de cada ponto de atenção à saúde e o 8 a matriz dos pontos de atenção à saúde das pessoas com sobrepeso e obesidade.

Quadro 7 - Atribuições dos pontos de atenção da RAS

Atenção Primária à Saúde	Realiza intervenções de saúde no âmbito individual e coletivo, com qualidade e resolubilidade, por meio de ações de promoção de saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento clínico e reabilitação. É a ordenadora do cuidado dos cidadãos residentes em seu território.
Atenção Ambulatorial Especializada	Composta por ações e serviços cuja complexidade da assistência demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento. Demarcada pela incorporação de processos de trabalho que precisam de maior densidade tecnológica, e deve ser preferencialmente ofertada de forma hierarquizada e regionalizada, garantindo a escala adequada (economia de escala) para assegurar tanto a relação custo/benefício quanto a qualidade da atenção a ser prestada, sendo a APS a ordenadora da demanda compartilhada com a AAE.
Atenção Hospitalar (AH)	Oferece tratamentos especializados de alta densidade tecnológica, responsável pela assistência aos usuários com condições agudas ou crônicas complexas, que apresentem potencial de instabilização e de complicações de seu estado de saúde, exigindo-se assistência contínua em regime de internação e ações que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação.
Urgência e emergência	Realizam o acolhimento das necessidades agudas dos usuários, por meio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e das respectivas Centrais de Regulação; Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e das portas de entrada hospitalares de urgência, de acordo com a classificação de risco.

Fonte: Coordenadoria de Atenção à Saúde/Diretoria de Atenção e Vigilância em saúde/Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (2022)

Quadro 8 - Matriz dos Pontos de Atenção à Saúde das pessoas com sobrepeso e obesidade

Nível de atenção	Pontos de atenção à saúde	Território sanitário
Atenção Primária à Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Unidade Básica de Saúde • Academia da Saúde • Domicílio 	Município
Atenção Ambulatorial Especializada	<ul style="list-style-type: none"> • Ambulatórios de Especialidades/ Consórcios • Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) 	Município, regional, microrregional e macrorregional.

	<ul style="list-style-type: none"> Centros de Reabilitação Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) 	
Atenção Hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> Hospitais Gerais Hospitais Especializados. 	Município, regional, microrregional, macrorregional, referência estadual
Urgência/ Emergência	<ul style="list-style-type: none"> Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Pronto Atendimento (PA) 	Município, regional, microrregional e macrorregional.
VIGILÂNCIA EM SAÚDE		

FONTE: Coordenadoria de Atenção à Saúde/Diretoria de Atenção e Vigilância em saúde/Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (2021)

O Quadro 9 apresenta as principais competências dos pontos da RAS.

Quadro 9 – Principais competências dos pontos da Rede de Atenção à Saúde

Atenção Primária à Saúde

- Atuar de maneira integrada aos demais pontos da RAS;
- Realizar a identificação das pessoas com sobrepeso e obesidade no território com vistas à classificação do estado nutricional para o cuidado dos usuários;
- Realizar ações de promoção da saúde e redução de risco de sobrepeso e da obesidade de forma intersetorial e com participação popular, respeitando hábitos e cultura locais, com ênfase nas ações de promoção da alimentação adequada e saudável e da atividade física;
- Realizar o acolhimento adequado das pessoas com sobrepeso e obesidade em todos os equipamentos, incluindo os Polos de Academia da Saúde;
- Apoiar o autocuidado para o manejo da condição crônica;
- Prestar assistência terapêutica multiprofissional aos indivíduos com sobrepeso e obesidade, de acordo com classificação do estado nutricional e diretrizes clínicas estabelecidas;
- Elaborar e acompanhar o plano de cuidado do usuário com sobrepeso e obesidade;
- Compartilhar o cuidado com a AAE dos usuários que apresentam IMC maior ou igual a 35 kg/m² com comorbidades descompensadas e IMC maior ou igual a 40 kg/m², considerando também a avaliação clínica da equipe multiprofissional;
- Coordenar o cuidado dos usuários e compartilhar com os outros pontos de atenção, quando esgotadas as possibilidades terapêuticas na APS. Na presença de outras condições crônicas associadas, o compartilhamento do cuidado com AAE deve ocorrer para a linha de cuidado em que o usuário mais se beneficiará, de acordo com a avaliação clínica;
- Prestar assistência terapêutica multiprofissional aos usuários que realizaram procedimento

cirúrgico, inclusive durante o período de acompanhamento pós-operatório realizado na Atenção Ambulatorial Especializada e/ou Hospitalar;

- Compartilhar o cuidado com a AAE dos usuários submetidos ao procedimento cirúrgico, quando esgotadas as possibilidades terapêuticas na APS.

Atenção Ambulatorial Especializada

- Atuar de maneira integrada aos demais pontos da RAS;
- Apoiar as equipes de APS no manejo dos casos de sobrepeso e obesidade por meio das funções supervisionais e educacionais da AAE, para promover a educação permanente;
- Prestar assistência ambulatorial especializada multiprofissional aos usuários adultos, compartilhados pela APS;
- Complementar o plano de cuidado compartilhado pela APS;
- Identificar as pessoas com indicação para procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade, inserir no plano de cuidados e encaminhar para o serviço habilitado para Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade;
- Prestar assistência terapêutica multiprofissional aos usuários que realizaram procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade conforme compartilhamento do cuidado realizado pela APS.

Atenção Hospitalar

- Atuar de maneira integrada aos demais pontos da RAS;
- Realizar avaliação dos casos indicados pela AAE para procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade, de acordo com o estabelecido nas diretrizes clínicas gerais dispostas na Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017 ou outra que venha substituí-la;
- Organizar o acesso à cirurgia, considerando e priorizando os indivíduos que apresentam outras comorbidades associadas à obesidade e/ou maior risco à saúde;
- Prestar assistência terapêutica multiprofissional pré-operatória aos usuários com indicação de realização de procedimento cirúrgico;
- Realizar tratamento cirúrgico de acordo com o estabelecido nas diretrizes clínicas gerais dispostas na Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017 ou outra que venha substituí-la;
- Realizar cirurgia plástica reparadora nos indivíduos submetidos ao tratamento cirúrgico, conforme disposto nas diretrizes clínicas dispostas na Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017 ou outra que venha substituí-la;
- Garantir assistência terapêutica multiprofissional até 18 meses de pós-operatório aos usuários que realizaram procedimento cirúrgico, conforme determina a Portaria de Consolidação nº 3,

de 28 de setembro de 2017 ou outra que venha substituí-la;

- Realizar a transição do cuidado dos usuários que realizaram procedimento cirúrgico para a APS;
- Comunicar periodicamente aos Municípios e às equipes de saúde acerca dos usuários que estão em acompanhamento.

Urgência e emergência

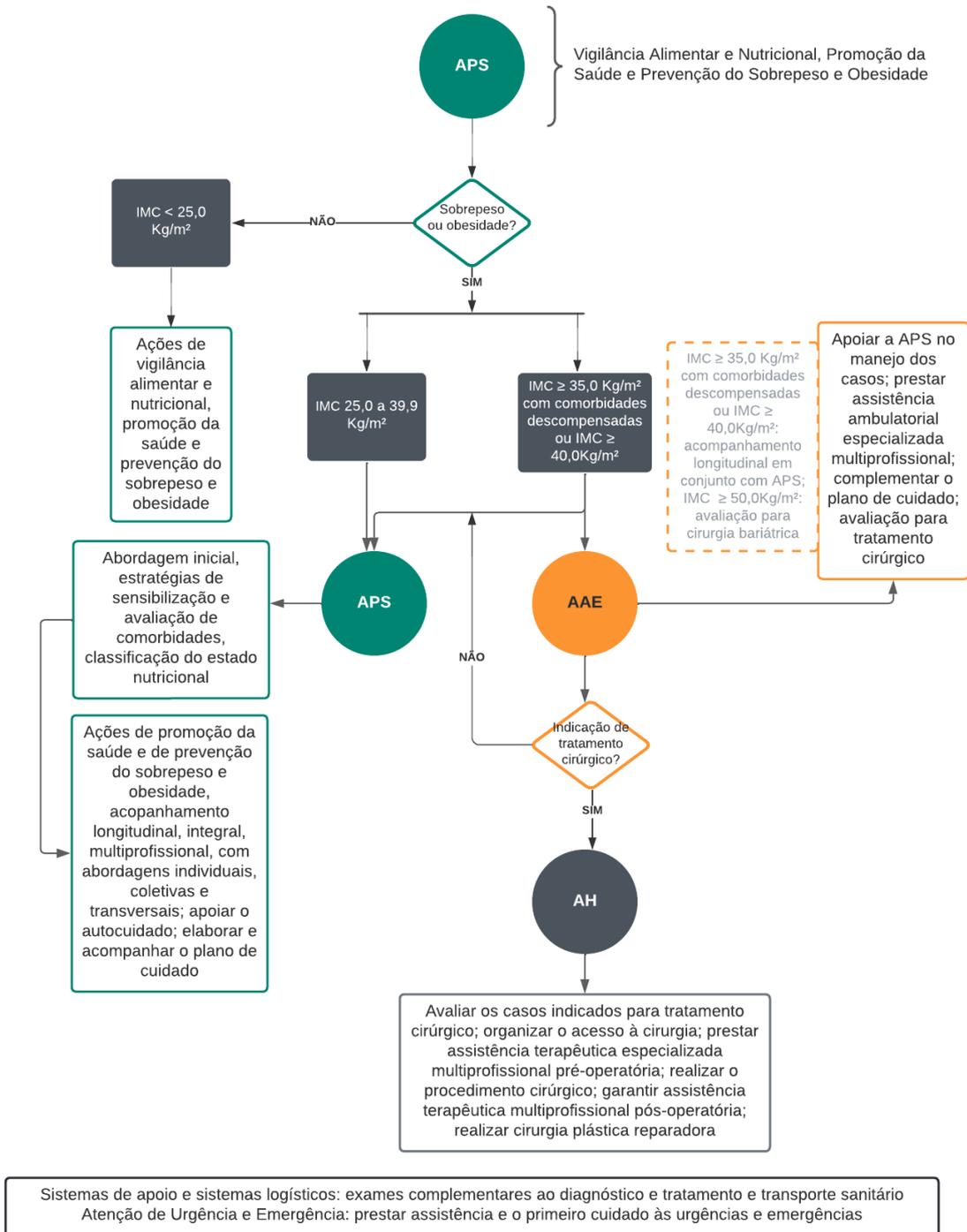
- Atuar de maneira integrada aos demais pontos da RAS;
- Realizar a avaliação do estado nutricional das pessoas atendidas, após a estabilização do quadro inicial. Se diagnosticado obesidade, encaminhá-lo à APS para avaliação e oferta de intervenções;
- Prestar assistência e o primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, dos indivíduos com complicações agudas decorrentes do sobrepeso e obesidade, bem como do pós-operatório da cirurgia bariátrica.

Fonte: BRASIL, 2017a; BRASIL, 2021a (Adaptado)

4.5 Fluxo de Atenção às Pessoas com Sobrepeso e Obesidade

A Figura 3 apresenta o fluxo de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade, de modo a demonstrar a organização dos serviços e orientar as atividades para o atendimento das ações preconizadas no atendimento dos usuários com excesso de peso.

Figura 3 – Fluxo da Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade



Quadro 10 - Acompanhamento por nível de atenção segundo classificação de IMC e presença de comorbidades

IMC	Classificação	Comorbidades descompensadas	Nível de atenção	Acompanhamento
25,00 –29,99	Sobrepeso	Não	APS promoção e prevenção	Contínuo e longitudinal
30,00 a 39,99	Obesidade grau I e II	Não	APS autocuidado apoiado atenção multiprofissional	Contínuo e longitudinal
35,00 a 39,99	Obesidade grau II	Sim	APS e AAE plano de cuidados atenção multiprofissional	APS: Contínuo, longitudinal e compartilhado AAE: Compartilhado conforme plano de cuidados *Não havendo sucesso nas intervenções realizadas no período de 02 (dois) anos, encaminhar à AH para avaliação de possível intervenção cirúrgica, em serviço habilitado para Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade.
≥40 kg/m ²	Obesidade grau III	Independente	APS e AAE plano de cuidados gestão de caso	APS: Contínuo, longitudinal e compartilhado AAE: compartilhado conforme plano de cuidados *Não havendo sucesso nas intervenções realizadas no período de 02 (dois) anos, encaminhar à AH para avaliação de possível intervenção cirúrgica, em serviço habilitado para Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade.
≥50 kg/m ²	Obesidade grau IV	Independente	APS, AAE e AH plano de cuidados gestão de caso	APS: Contínuo, longitudinal e compartilhado AAE: compartilhado conforme plano de cuidados *Encaminhar à AH para avaliação de possível intervenção cirúrgica, em serviço habilitado para Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade.

Todos os usuários, independente da classificação de IMC descrita acima, deverão se beneficiar de medidas de promoção da saúde, prevenção e atenção à obesidade ofertadas pela APS, devendo ser acompanhados e monitorados.

4.6 Cuidado compartilhado da APS com AAE e AH

O Quadro 11 apresenta a composição da equipe multiprofissional envolvida no tratamento e acompanhamento dos usuários com sobrepeso e obesidade, de acordo com as necessidades individuais e considerando a disponibilidade do serviço de saúde, por nível de atenção.

Quadro 11. Equipe multiprofissional sugerida por nível de atenção

Atenção Primária à Saúde	Atenção Ambulatorial Especializada	Atenção Hospitalar*
Agente Comunitário de Saúde	Assistente Social	Anestesiologista
Assistente Social	Enfermeiro	Angiologista/Cirurgião Vascular
Cirurgião Dentista	Farmacêutico	Assistente Social
Enfermeiro	Fisioterapeuta	Cardiologista
Farmacêutico	Médico Cardiologista	Cirurgião Plástico
Fisioterapeuta	Médico Endocrinologista	Cirurgião Geral
Médico	Nutricionista	Endocrinologista
Nutricionista	Profissional de Educação	Enfermeiro
Profissional de Educação Física na Saúde	Física na Saúde	Farmacêutico
Psicólogo	Psicólogo	Fisioterapeuta
Técnico de Enfermagem/Auxiliar de Enfermagem	Técnico de Enfermagem/Auxiliar de Enfermagem	Médico Clínico Geral
Técnico em Saúde Bucal/Auxiliar em Saúde Bucal		Médico especialista em cirurgia geral ou cirurgia do aparelho digestivo
		Nutricionista
		Pneumologista
		Psicólogo
		Psiquiatra

Fonte: BRASIL, 2021a; BRASIL, 2017b.

Nota: *O hospital habilitado para realizar tratamento cirúrgico da obesidade deve dispor de todos os profissionais listados, conforme Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017.

Em alguns casos, o usuário com sobrepeso e obesidade pode se beneficiar da consulta compartilhada com outros profissionais da AAE para o manejo de sua condição clínica.

No Anexo V consta a carteira de serviços para cada nível de atenção da RAS.

4.7 Exames

A solicitação de exames não é recomendada como prática cotidiana no atendimento às pessoas com sobrepeso e obesidade. Estes devem ser solicitados por profissional de saúde quando julgar necessário diante da avaliação de suspeita de comorbidade associada ao excesso de peso. Exames complementares, se necessário: glicemia, hemoglobina glicosilada, colesterol total e frações, triglicérides, exame coprológico funcional, urinálise (BRASIL, 2020c).

Nos casos indicados para tratamento cirúrgico, devem ser realizados os seguintes exames, conforme Quadro 12:

Quadro 12. Relação de exames indicados para a fase pré e pós operatória do tratamento cirúrgico da obesidade

Fase pré-operatória	Radiografia simples de tórax, ECG, ultrassonografia de abdômen total, esofagogastroduodenoscopia, hemograma com plaquetas, TP, KTTTP, creatinina, sódio, potássio, bilirrubina total e frações, glicemia de jejum, TGO, TGP, GGT, ácido úrico, cálcio iônico, cloretos, ferro sérico, fosfatase alcalina, glicose em jejum, ureia, magnésio, potássio, T4, TSH, colesterol total, HDL, triglicérides, glicose pós-dextrosol, insulina, hemoglobina glicosilada, sorologias para hepatite B, C e HIV, espirometria, ferritina, vitamina B12, 25 (OH) vitamina D3.
Fase pós-operatória (no 2º, 6º, 9º, 12º, 15º e 18º mês)	Hemograma completo, proteínas totais e frações, zinco sérico, dosagem de cálcio, dosagem de vitamina B12, folato, dosagem de ferritina, triglicérides, dosagem de 25 hidroxivitamina D, dosagem de colesterol LDL, dosagem de colesterol LDL, dosagem de colesterol total.

Fonte: BRASIL, 2017b.

No Anexo V consta a carteira de serviços para cada nível de atenção da RAS.

4.8 Estrutura dos serviços de saúde

O estabelecimento de saúde deverá dispor de infraestrutura física e de equipamentos adequados à atenção ao indivíduo com obesidade, como salas amplas; rampas de acesso; balanças adequadas (com capacidade superior a 200kg), estadiômetro, fita métrica,

esfigmomanômetro adequado às pessoas com obesidade, estetoscópio e outros equipamentos para exame clínico; cadeiras adequadas nas salas de espera, macas e cadeiras ginecológicas e odontológicas adequadas (BRASIL, 2021a).

No que se refere à estrutura das unidades hospitalares habilitadas para a realização do tratamento cirúrgico da obesidade, a estrutura física, materiais e equipamentos deve seguir o disposto na Portaria de Consolidação nº 3, 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017a).

5 O CUIDADO DA PESSOA COM SOBREPESO E OBESIDADE NA RAS

5.1 Cuidado integral e acompanhamento longitudinal

O cuidado inicia-se com o acolhimento de modo a atender aos que procuram os serviços de saúde, requerendo aos profissionais de saúde uma postura capaz de acolher, escutar com responsabilização e resolutividade para responder adequadamente às demandas dos usuários. Destaca-se que todos os profissionais de saúde podem realizar o acolhimento, se propondo a escutar as queixas, os medos, as expectativas dos usuários, identificar risco e vulnerabilidade, acolhendo também as percepções do próprio usuário. Além disso, o acolhimento é um dispositivo capaz de acionar redes internas, externas e multidisciplinares nos territórios (BRASIL, 2013).

Quando linhas de cuidado são implantadas na RAS, tudo o que não se quer é reduzir o indivíduo à sua condição. A atenção colaborativa e centrada na pessoa e família, em substituição à atenção prescritiva e centrada na doença, transforma a relação entre usuários e profissionais de saúde, porque aqueles deixam de ser pacientes e se tornam os principais produtores sociais de sua saúde (BRASIL, 2013).

Nessa perspectiva, a integralidade do cuidado que configura-se como um princípio do SUS, é um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, requeridos para cada caso em todos os níveis de complexidade, considerando a pessoa como um todo, de modo a atender a todas as suas necessidades (BRASIL, 1990).

No cuidado às pessoas é fundamental a integração de ações, que incluem a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Além disso, a integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diversas áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida das pessoas (BRASIL, 2021g).

A continuidade do cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade é fundamental, permitindo acompanhar a situação de manutenção ou não dos ganhos em saúde advindos das abordagens terapêuticas realizadas e, apoiar o autocuidado do usuário.

A longitudinalidade do cuidado pressupõe essa continuidade da relação de cuidado, vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo. Permite

acompanhar os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida das pessoas, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia que são decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da falta de coordenação do cuidado (BRASIL, 2017)

5.2 Estigma

A pressão social que associa o sobrepeso e a obesidade à falta de vontade e propaga, equivocadamente, que o excesso de peso é resultado de um desleixo da pessoa em relação ao próprio corpo, reforça o estigma projetado nessas pessoas (INSTITUTO CORDIAL, 2021).

Pessoas com sobrepeso e obesidade possuem dificuldade em perder peso e manter o peso perdido, pois a manutenção do estoque de gordura corporal é regulada no sistema nervoso central, onde se originam as sensações de fome e saciedade e onde é modulado o sistema nervoso simpático, permitindo maior ou menor gasto energético. Compreender a existência desse mecanismo é essencial para reduzir o preconceito e estigma relacionado à obesidade (BRASIL, 2020c).

O estigma é caracterizado pelo abuso verbal ou físico secundário ao excesso de peso. A discriminação e o preconceito estão associados às consequências fisiológicas e psicológicas negativas aos indivíduos, como maiores níveis de cortisol, estresse oxidativo, proteína C reativa, maior risco de diabetes, distúrbios alimentares, depressão, ansiedade, insatisfação com a imagem corporal e menor autoestima (WU; BERRY, 2018).

Apesar da obesidade ser multicausal, quem vive com obesidade frequentemente é visto como culpado pela sua condição. A responsabilização do indivíduo pela sua condição, além de prejudicar o bem-estar físico e mental, conforme já relatado, diminui a busca pelo cuidado (ABESO, 2021a).

A redução de riscos e atenção às pessoas com obesidade não deve se restringir à esfera individual e, muito menos, significar um enfrentamento às pessoas. A relação entre o profissional e o indivíduo deve ser pautada na ética e inclusão, contrapondo todas as formas de preconceito (CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS, 2020).

5.3 Processo de cuidado

Como o sobrepeso e a obesidade são condições complexas e de origem multifatorial que resultam em alterações físicas e mentais, o acompanhamento e tratamento desses usuários deve ser feito por equipe multiprofissional, nos diferentes níveis de atenção à saúde, de acordo com as necessidades individuais de cada usuário (BRASIL, 2020c).

O tratamento nesses casos é complexo e multidisciplinar e demanda múltiplas intervenções e envolvimento ativo do indivíduo e deve ser centrado na pessoa e baseado nas suas necessidades de saúde (BRASIL, 2021a).

O processo de cuidado do indivíduo com sobrepeso e obesidade busca garantir um cuidado contínuo e longitudinal com a equipe de saúde do território, visando maior apoio e resultados mais significativos. Adaptações podem ser necessárias a depender da capacidade do serviço, dos profissionais que compõe a equipe, da realidade epidemiológica local, dos equipamentos do território e da disponibilidade do usuário.

Sugere-se que, após o rastreamento e a identificação do indivíduo com sobrepeso e obesidade, o processo de cuidado seja composto por acolhimento do usuário e abordagem inicial, abordagem individual, abordagem coletiva e abordagem transversal (BRASIL, 2021c).

Quadro 13 – Princípios do cuidado à pessoa com sobrepeso e obesidade

Princípios

- O tratamento da obesidade requer metas viáveis, realistas, respeitando os limites individuais. Estabelecer metas inalcançáveis desmotiva o indivíduo e pode impactar na não sustentabilidade do tratamento;
- As estratégias propostas devem ser sustentáveis, que possam ser incorporadas durante toda a vida. Estratégias de curto prazo com foco na maximização da perda de peso não são saudáveis, não permitem manutenção a longo prazo e, em geral, estão associadas a altas taxas de recuperação de peso;
- O excesso de peso pode ser resultado de redução na taxa metabólica, alimentação excessiva ou baixos níveis de atividade física secundários a fatores econômicos, sociais, biológicos, culturais ou psicológicos. O tratamento da obesidade perpassa, necessariamente, pela identificação e abordagem desses fatores contributivos e das barreiras para o seu manejo;
- O tratamento não deve focar somente na quantidade de peso perdido, mas principalmente em melhorias na saúde e qualidade de vida. Um tratamento bem sucedido pode ser definido como melhora na autoestima, níveis mais elevados de energia e disposição, melhora das comorbidades e da saúde geral. Mesmo reduções modestas no peso corporal (5%) podem levar a melhorias significativas na saúde e bem-estar. O “melhor” peso do indivíduo pode nunca ser um peso considerado “ideal”.

Fonte: SHARMA (2014)

5.3.1 Avaliação inicial

Os principais objetivos do acolhimento e da abordagem inicial são (BRASIL, 2021a; BRASIL, 2021c):

- Verificar dados vitais;
- Realizar a avaliação antropométrica e verificar a classificação do estado nutricional;
- Realizar a avaliação de marcadores do consumo alimentar por meio da ficha de marcadores de consumo alimentar do e-SUS APS (Anexo III);
- Avaliar o nível de atividade física e de comportamento sedentário;
- Avaliar a circunferência abdominal;
- Avaliar presença de outras doenças e comorbidades;
- Verificar uso de medicamentos obesogênicos;
- Verificar possíveis fatores que influenciam sua condição;
- Verificar história do ganho ponderal e tentativas prévias de emagrecer, bem como condutas utilizadas;
- Avaliar história de transtornos alimentares;
- Avaliar o estágio de mudança de comportamento, no intuito de verificar a percepção do indivíduo e sua motivação atual para mudança de hábitos e início do tratamento (Anexo II);
- Sensibilizar o usuário e realizar intervenções breves;
- Agendar retorno para início do tratamento e cuidado continuado;
- Verificar interesse e possibilidade de participação em atividades coletivas;
- Caso o usuário opte por não iniciar o tratamento no atual momento, se colocar disponível para apoiá-lo quando ele considerar mais adequado.

5.3.2 Abordagens individuais

As abordagens individuais devem ser pautadas nas seguintes ações (BRASIL, 2021a; BRASIL, 2021c):

- Cuidado compartilhado multiprofissional (minimamente com enfermeiro(a), médico(a), técnicos(as) e auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde e, sempre que

possível, nutricionistas. Profissionais de educação física e psicólogos contribuem para resultados mais significativos; outros profissionais também podem estar envolvidos, conforme disposto no Quadro 11);

- Realizar a avaliação antropométrica e verificar a classificação do estado nutricional;
- Realizar a avaliação de marcadores do consumo alimentar;
- Ações de manejo individual conforme prevê o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) Sobrepeso e Obesidade em Adultos;
- Definição do plano terapêutico, estabelecimento de metas e autocuidado.

5.3.3 Abordagens coletivas

Conduzidas por profissionais de nível superior e , sempre que possível, de forma multiprofissional. As abordagens coletivas facilitam a interação entre indivíduos com a mesma condição de saúde e a explanação de conteúdos comuns aos usuários que estão em tratamento de obesidade, podendo contribuir para o conhecimento e cuidado (BRASIL, 2021a; BRASIL, 2021c).

Sugere-se abordar conteúdos relativos à mudança de comportamento, adoção de hábitos alimentares saudáveis, prática de atividade física, visando melhorar a qualidade de vida (BRASIL, 2021a; BRASIL, 2021c).

Orienta-se que sejam realizadas de forma intercalada com as consultas individuais, de forma a complementar o tratamento. Todavia, a participação em atividades coletivas não deve ser considerado pré-requisito para as consultas individuais. A disponibilidade do usuário e ausência de constrangimento para participar de atividades em grupo devem ser considerados na construção de um processo de cuidado adequado e confortável ao usuário (BRASIL, 2021a; BRASIL, 2021c).

Preferencialmente, as pesagens devem ser feitas em ambiente privado ou nas consultas individuais de forma a evitar o constrangimento entre os usuários (BRASIL, 2021a; BRASIL, 2021c).

Conforme o Instrutivo de Abordagem Coletiva para manejo da obesidade no SUS do Ministério da Saúde (BRASIL, 2021i), há evidências de que intervenções individuais e coletivas promovem o empoderamento das pessoas e as capacitam para o autocuidado, sendo efetivas no manejo de condições crônicas, como a obesidade.

Embora ainda sejam poucos os estudos que comparem a efetividade da abordagem coletiva *versus* a individual, algumas evidências demonstraram melhores resultados da redução de peso em pessoas que participaram de intervenções coletivas. Além disso, o abandono do tratamento parece ser menor em intervenções coletivas (BRASIL, 2021e).

O grupo permite que seus membros compartilhem possibilidades de solução para situações-problema, de forma que os participantes atuem como “modelos” de comportamentos apropriados e incentivadores de mudanças necessárias, favorecendo a efetividade e o processo de engajamento dos usuários. Mas, para isto, a abordagem coletiva exige planejamento e intensa participação do facilitador e da equipe (BRASIL, 2021e).

5.3.4 Abordagens transversais

As abordagens transversais podem ocorrer a qualquer momento ao longo do tratamento da pessoa com obesidade, sendo a periodicidade e duração dependente da necessidade de cada usuário e da organização do serviço, bem como da articulação com outros setores (BRASIL, 2021a; BRASIL, 2021c).

Podem compor as abordagens transversais a prática de atividade física, as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), o apoio psicológico, a abordagem familiar, as atividades intersectoriais, entre outras que possam complementar o cuidado ofertado (BRASIL, 2021a; BRASIL, 2021c).

5.3.5 Acompanhamento longitudinal

O acompanhamento de pessoas com sobrepeso e obesidade em tratamento e o monitoramento dos efeitos das medidas terapêuticas instituídas são aspectos importantes, tendo em vista o suporte da equipe de profissionais na perda e manutenção do peso, além do acompanhamento das condições de saúde associadas (BRASIL, 2020c).

Em todos os usuários, peso e altura devem ser medidos e o IMC calculado. Para indivíduos com peso estável, um intervalo de 1 ano é adequado para a reavaliação do IMC. Para indivíduos com sobrepeso ou obesidade ou aqueles de peso adequado conforme IMC com um histórico de sobrepeso, uma monitorização mais frequente pode ser apropriada. Os casos que não apresentem perda de peso clinicamente relevante devem ser avaliados não somente quanto

às medidas antropométricas, mas também quanto a fatores e barreiras que possam estar influenciando na resposta ao tratamento (BRASIL, 2020c).

Uma perda de peso satisfatória pode ser alcançada com intervenções comportamentais. Em geral, a perda de peso máxima ocorre em, aproximadamente, 6 (seis) meses (VARKEVISSER et al., 2019). Após esse período há uma tendência de recuperação do peso perdido, principalmente se não houver um cuidado continuado (NORDMO; DANIELSEN; NORDMO, 2020).

A recuperação do peso está relacionada à redução do engajamento às orientações nutricionais e de atividade física, com retorno a comportamentos anteriores, mas também a mecanismos compensatórios endógenos, que tornam-se mais eficientes na captação e armazenamento de energia, podem alterar a liberação de hormônios relacionados à fome e saciedade e também o gasto energético de repouso, favorecendo o ganho de peso (MACLEAN et al., 2015).

Fortes evidências concluem que a manutenção da perda de peso depende dos fatores comportamentais envolvidos no balanço energético e dos determinantes que o promovem. Assim, a manutenção da perda de peso requer um foco na mudança comportamental para uma alimentação adequada e saudável, com redução da ingestão energética por meio do não consumo de alimentos ultraprocessados e bebidas adoçadas, bem como o uso moderado de gorduras e aumento da ingestão de frutas, verduras e legumes, com quantidades calóricas equilibradas. Além disso, o gasto energético deve ser promovido por meio do aumento da atividade física. Comportamentos esses que devem ser estimulados e mantidos por toda a vida (VARKEVISSER et al., 2019).

O cuidado longitudinal de longo prazo, com suporte profissional contínuo, é imprescindível para a manutenção do novo estilo de vida, pois contribui para o aumento do estado de alerta, motivação, incentivo e apoio aos indivíduos. Além disso, o automonitoramento tanto da alimentação quanto do peso, se mostra efetivo para a manutenção do peso corporal (BRASIL, 2021c).

Ressalta-se que, mesmo com o comprometimento do usuário, o ambiente obesogênico se caracteriza como uma importante barreira para a manutenção do peso perdido. Dessa forma, intervenções intersetoriais para além das abordagens educacionais e comportamentais, que interfiram nos ambientes de modo a transformá-los em locais mais saudáveis, é de extrema relevância para a reversão do quadro epidemiológico de obesidade (BRASIL, 2021c).

O acompanhamento do indivíduo com sobrepeso e obesidade deve ser frequente, sendo recomendada a periodicidade abaixo:

Quadro 14 – Frequência de acompanhamento de indivíduos com sobrepeso e obesidade

Indivíduos com sobrepeso (IMC>25 a 29,9Kg/m ²)	
1º mês	Acolhimento e abordagem inicial
2º mês	Abordagem coletiva
4º mês	Abordagem coletiva
5º mês	Abordagem individual
6º mês	Abordagem coletiva
8º mês	Abordagem coletiva
9º mês	Abordagem individual
10º mês	Abordagem coletiva
12º mês	Abordagem individual/ Avaliação final
Indivíduos com obesidade (IMC>30Kg/m ²)	
1º mês	Acolhimento e abordagem inicial
2º mês	Abordagem coletiva
3º mês	Abordagem individual
4º mês	Abordagem coletiva
5º mês	Abordagem individual
6º mês	Abordagem coletiva
7º mês	Abordagem individual
8º mês	Abordagem coletiva
9º mês	Abordagem individual
10º mês	Abordagem coletiva
11º mês	Abordagem individual
12º mês	Abordagem individual/Avaliação final Perda ≥5% do peso inicial: abordagens coletivas + acompanhamento longitudinal na APS Sem sucesso: novo ciclo com adaptações + Projeto Terapêutico Singular e ou acompanhamento pela AAE, quando necessário.

Abordagens transversais

Fonte: BRASIL, 2021c

5.3.6 Gestão da clínica e Plano de Cuidado

A gestão da clínica aos usuários com sobrepeso e obesidade deve ser centrada nas pessoas; efetiva (estruturada com base em evidências científicas); segura (não causa danos às pessoas usuárias e nem aos profissionais de saúde); eficiente (provida com os custos ótimos); oportuna (prestada em tempo certo); equitativa – de forma a reduzir as desigualdades injustas; e ofertada de forma humanizada (SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN, 2021).

Para efetivar o cuidado à pessoa com sobrepeso e obesidade, o plano de cuidados individual e interdisciplinar é uma ferramenta indicada para reunir as informações e competências necessárias para alcançar os requisitos acima apresentados (SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN, 2021).

O plano de cuidados se destina aos profissionais de saúde, o usuário e sua família, que estão envolvidos na assistência e cuidado, devendo ser elaborado pela APS, revisado e complementado pela equipe da AAE e/ou AH, e monitorado por ambas as equipes, quando se fizer necessário (SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN, 2021).

Deve sistematizar e apresentar de forma clara: as necessidades do usuário a serem abordadas (dúvidas, problemas, diagnósticos etc.); as informações clínicas e de autocuidado mais relevantes, assim como as intervenções necessárias para as necessidades identificadas na avaliação e que são resultado de uma abordagem interdisciplinar, com a participação do usuário (SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN, 2021).

Espera-se que ele proporcione apoio para a gestão da condição de saúde centrada no usuário, além da comunicação e integração dos diversos pontos de atenção da RAS, como indutor da interdisciplinaridade, da priorização dos problemas e identificação das estratégias de intervenção com a participação ativa do usuário (SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN, 2021).

O anexo IV apresenta um modelo de Plano de Cuidados a ser utilizado para as pessoas com sobrepeso e obesidade.

5.4 Metas terapêuticas

O tratamento bem-sucedido da obesidade corresponde a manutenção de uma perda ponderal igual ou superior a 10% do peso inicial após 1 ano. Reduções de 5% a 10%, que podem não resultar em mudança de classificação quanto ao estado nutricional, já acarretam em melhorias significativas nos parâmetros cardiovasculares e metabólicos (BRASIL, 2020c).

Para além da perda ponderal, o tratamento do sobrepeso e da obesidade deve ter por finalidade alcançar uma série de objetivos, como: diminuição da gordura corporal, preservando ao máximo a massa magra; promoção da manutenção de perda de peso; impedimento de ganho de peso futuro; adoção da prática de atividade física regular; adoção de hábitos alimentares

saudáveis como aumento no consumo de alimentos *in natura* e minimamente processados e redução do consumo de alimentos ultraprocessados; mudança de comportamentos sedentários (muito tempo sentado ou deitado); mudança de hábitos alimentares inadequados (comer em frente à TV ou outras telas); redução de fatores de risco cardiovasculares associados à obesidade (hipertensão arterial, dislipidemia, pré-diabetes ou diabetes mellitus); melhorias de outras comorbidades (apneia do sono, osteoartrite, risco neoplásico, etc.); recuperação da autoestima; aumento da capacidade funcional e da qualidade de vida (BRASIL, 2020c).

Entende-se que não obtiveram sucesso no tratamento aqueles indivíduos que não apresentaram redução de 5 a 10% do peso corporal ou melhora das comorbidades em 2 (dois) anos de acompanhamento na APS e ou AAE (BRASIL, 2021a).

5.5 Abordagens terapêuticas

5.5.1 Alimentação e Nutrição

A promoção da alimentação adequada e saudável é um dos pilares para redução do risco e tratamento do excesso de peso. Os hábitos alimentares saudáveis devem ser mantidos por toda a vida, intervenções de curta duração não são efetivas para o sucesso terapêutico. Dietas muito restritivas e que não consideram as necessidades nutricionais, os hábitos de vida e as características culturais do indivíduo não são sustentáveis e podem causar danos à saúde, não sendo recomendadas (BRASIL, 2020c).

Cabe ressaltar que o conceito de alimentação saudável não deve ser restrito somente à composição de nutrientes. A saúde e o bem-estar são influenciados pelos alimentos em si, suas combinações e preparações, características do modo de comer e dimensões culturais e sociais envolvidas em todo o processo (BRASIL, 2014).

Após a avaliação dos marcadores de consumo alimentar, considerando também as preferências e os valores individuais, bem como potenciais barreiras, sugere-se que o profissional de saúde realize a orientação alimentar com base no “Protocolo de uso do guia alimentar para a população brasileira na orientação alimentar de pessoas adultas com obesidade – Fascículo 2” (BRASIL, 2022).

O Guia Alimentar para a População Brasileira (2014) classifica os alimentos de acordo com o seu grau de processamento, conforme quadro 15.

Quadro 15 – Classificação de alimentos segundo grau de processamento

Consumo recomendado	ALIMENTOS <i>IN NATURA</i> OU MINIMAMENTE PROCESSADOS	São os obtidos diretamente da natureza, provenientes de plantas ou animais, sem sofrer nenhum tipo de processamento ou que sofreram alterações mínimas como limpeza, secagem, congelamento, pasteurização, moagem e não contêm adição de açúcar, sal, óleos, gorduras ou substâncias industriais. Exemplos: Legumes, verduras, frutas, cogumelos, arroz, milho e outros cereais, feijões e outras leguminosas, carnes, vísceras, ovos, tubérculos e raízes, leite, iogurtes naturais sem adição de açúcar, chá, café, ervas frescas ou secas, castanhas, sementes, farinhas, macarrão, entre outros.
Usar em pequenas quantidades para criar preparações culinárias	INGREDIENTES CULINÁRIOS	São substâncias extraídas de alimentos <i>in natura</i> ou da natureza, utilizadas para temperar e cozinhar alimentos <i>in natura</i> e minimamente processados. Exemplos: Óleos de soja, de milho, de girassol ou de oliva, manteiga, banha de porco, gordura de coco, açúcar de mesa branco, demerara ou mascavo, sal de cozinha refinado ou grosso.
Limitar o consumo	ALIMENTOS PROCESSADOS	São aqueles em que foram adicionados sal, açúcar ou vinagre (ou outro ingrediente de uso culinário) ao alimento <i>in natura</i> ou minimamente processado para aumentar sua durabilidade e sabor. Exemplos: Cenoura, pepino, ervilhas, palmito, cebola, couve-flor preservados em salmoura ou em solução de sal e vinagre; extrato ou concentrados de tomate (com sal e/ou açúcar); frutas em calda e frutas cristalizadas; carnes salgadas; sardinha e

		atum enlatados; queijos; pães feitos de farinha, leveduras, água e sal.
Evitar o consumo	ALIMENTOS ULTRAPROCESSADOS	São formulações industriais feitas de inúmeras substâncias (óleos, gorduras, sal, açúcar, proteínas, amido modificado, corantes, aromatizantes, emulsificantes, conservantes), muitas de uso exclusivo da indústria, com poucos ou nenhum alimento <i>in natura</i> na sua composição. Exemplos: vários tipos de biscoitos, sorvetes, balas e guloseimas em geral, cereais açucarados, misturas para bolo, barras de cereal, sopas, macarrão e temperos “instantâneos”, molhos, salgadinhos “de pacote”, refrescos e refrigerantes, iogurtes e bebidas lácteas adoçados e aromatizados, bebidas energéticas, produtos congelados e prontos para aquecimento como pratos de massas, pizzas, hambúrgueres e extratos de carne de frango ou peixe empanados do tipo <i>nuggets</i> , salsichas e outros embutidos, pães de forma, pães para hambúrguer ou hot dog, pães doces e produtos panificados cujos ingredientes incluem substâncias como gordura vegetal hidrogenada, açúcar, amido, soro de leite, emulsificantes e outros aditivos.

Fonte: BRASIL, 2014.

A alimentação deve ser baseada em alimentos *in natura* e minimamente processados variados. Os alimentos processados podem ser consumidos em pequenas quantidades e os ultraprocessados devem ser evitados, por serem ricos em açúcares, gorduras, sódio, aditivos e pobres em fibras, vitaminas e minerais, além de estarem associados ao desenvolvimento de DCNT, incluindo a obesidade, menor saciedade, alterações na microbiota intestinal, respostas inflamatórias, dentre outros impactos à saúde humana (BRASIL, 2020c).

O Guia Alimentar para a População Brasileira (2014) recomenda dez passos para a adoção de uma alimentação adequada e saudável (Quadro 16), que vão desde as etapas de informações sobre alimentos até o momento da refeição, contribuindo para que o indivíduo tenha maior atenção a todo o processo envolvido com a alimentação, além de desfrutar da melhor maneira suas refeições (BRASIL, 2014).

Quadro 16 – Dez passos para uma alimentação saudável

DEZ PASSOS PARA UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL	
1.	Fazer de alimentos <i>in natura</i> ou minimamente processados a base da alimentação.
2.	Utilizar óleos, gorduras, sal e açúcar em pequenas quantidades ao temperar e cozinhar alimentos e criar preparações culinárias.
3.	Limitar o consumo de alimentos processados.
4.	Evitar o consumo de alimentos ultraprocessados.
5.	Comer com regularidade e atenção, em ambientes apropriados e, sempre que possível, em boa companhia.
6.	Fazer compras em locais que ofertem variedade de alimentos <i>in natura</i> ou minimamente processados.
7.	Desenvolver, exercitar e partilhar habilidades culinárias.
8.	Planejar o uso do tempo para dar à alimentação o espaço que ela merece.
9.	Dar preferência, quando fora de casa, a locais que sirvam refeições feitas na hora e a preço justo.
10.	Ser crítico quanto a informações, orientações e mensagens sobre alimentação veiculadas em propagandas comerciais.

Fonte: BRASIL, 2014.

O principal objetivo do tratamento dietético é a ingestão calórica total ser menor que o gasto energético, contudo, com um planejamento alimentar mais flexível ao contexto do indivíduo, com mudanças gradativas pautadas na melhora qualitativa da alimentação, que auxilie na adoção de um padrão alimentar mais saudável, atrativo e condizente com a realidade e cultura individuais (BRASIL, 2020c).

O consumo de bebidas açucaradas, como refrigerantes, energéticos e sucos com alto teor calórico, deve ser evitado. Essas bebidas contribuem para maior ingestão energética sem auxiliar na saciedade (GOMBI-VACA et al., 2016). Recomenda-se que a ingestão de açúcares livres seja limitada a menos de 10% dos valores energéticos totais, havendo benefícios adicionais para consumo inferior a 5% (WHO, 2018). Ressalta-se que não há evidência de benefícios com a substituição de açúcar por adoçante para o tratamento da obesidade, sejam eles naturais ou artificiais, assim, deve-se estimular o consumo dos alimentos em sua forma natural

(PEARLMAN et al., 2017). A redução do consumo de açúcares pode ser feita de forma gradual, para melhor adaptação do paladar do indivíduo.

Em termos quantitativos, em plano alimentar elaborado por profissional habilitado, as evidências mostram eficácia na redução de 500 a 1.000 Kcal/dia do gasto energético estimado para redução do peso corporal em indivíduos com excesso de peso (BRASIL, 2020c). O quadro 17 apresenta um resumo das principais recomendações.

Quadro 17 – Principais recomendações nutricionais

Principais recomendações
Reduzir a ingestão de energia, com restrição de 500 a 1.000 Kcal/dia do gasto energético estimado, com foco na redução do consumo de alimentos ultraprocessados, de acordo com o Guia Alimentar para a População Brasileira
Aumentar o consumo de alimentos <i>in natura</i> e minimamente processados
Reduzir o consumo de alimentos processados
Evitar o consumo de alimentos ultraprocessados
Reduzir o consumo de sal e açúcar
Substituir bebidas com adição de açúcar por água
Dar preferência a preparações culinárias
Utilizar pequenas quantidades de óleo, gorduras, sal e açúcar no preparo ou tempero dos alimentos
Realizar ao menos três refeições ao dia
Desestimular o consumo de álcool

Fonte: BRASIL, 2021a.

5.5.2 Atividade Física

A atividade física é o comportamento que envolve os movimentos voluntários do corpo, com gasto de energia acima do nível de repouso, promovendo interações sociais e com o ambiente, podendo acontecer no tempo livre, no deslocamento, no trabalho ou estudo e nas tarefas domésticas. Em contrapartida, o comportamento sedentário é caracterizado por atividades realizadas quando o indivíduo está acordado, na posição sentada, reclinada ou deitada e gastando pouca energia (BRASIL, 2021b).

A prática regular de atividade física está entre uma das coisas mais importantes que as pessoas podem fazer para melhorar a sua saúde, no sentido mais amplo, incluindo aspectos individuais e coletivos, devendo ser encarada como um direito que impacta no desenvolvimento humano. Mover-se mais e permanecer menos em comportamento sedentário traz enormes benefícios para todos, independentemente da idade, gênero, raça, etnia ou nível de condicionamento físico atual. As evidências científicas mostram que a atividade física está associada a resultados positivos na saúde e os benefícios podem começar a se acumular com pequenas quantidades de atividade física, imediatamente após o início da prática (ABESO, 2021b).

Dentre os principais benefícios, destacam-se a prevenção e diminuição na mortalidade por diversas doenças crônicas, manejo do peso corporal, melhorando não apenas a saúde, mas também a relação com o corpo, redução de sintomas de asma, de uso de medicamentos e sintomas de ansiedade e depressão, melhora da capacidade cardiorrespiratória, promoção de prazer, relaxamento, divertimento e disposição, melhora da qualidade do sono e a inclusão social do indivíduo, na criação e fortalecimento de laços sociais, vínculos e solidariedade (BRASIL, 2021b).

A ocorrência de DCNT está associada, primordialmente, a aspectos ambientais e do estilo de vida, sendo a inatividade física um dos fatores modificáveis ligados ao surgimento de doenças e à maioria das mortes prematuras decorrentes do agravamento das DCNT já existentes (ABESO, 2021b).

Há uma noção equivocada de que cuidar da saúde, do ponto de vista do acúmulo de minutos de atividade física em seus quatro domínios (deslocamento, lazer, trabalho, ambiente doméstico), é simples e que a decisão para o início da prática parte, exclusivamente, de uma mera escolha pessoal. Aspectos individuais, coletivos, ambientais, sociais, culturais,

econômicos e políticos exercem importante influência na alteração dos padrões de atividade física (KNUTH e ANTUNES, 2021).

A desigualdade social no Brasil é um fator que influencia diretamente no acesso às atividades físicas, portanto no sentido de atenuar e em respeito aos princípios de universalidade, equidade e integralidade preconizados pelo SUS, os programas públicos de promoção de práticas corporais e atividade física devem, além de considerar as condições e os modos de vida dos indivíduos, implementar estratégias efetivas de conscientização sobre a importância de se movimentar e de democratização do acesso, especialmente, à atividade física no domínio do lazer (KNUTH e ANTUNES, 2021).

Sabe-se que pessoas fisicamente ativas com sobrepeso ou obesidade experimentam benefícios geralmente semelhantes às aquelas com peso corporal normal. No entanto, em indivíduos com sobrepeso e obesidade o exercício físico proporciona, além da diminuição da massa adiposa corporal e visceral, a redução relativa no risco de mortalidade por todas as causas, incidência e mortalidade de doenças cardiovasculares devido ao aumento da capacidade cardiorrespiratória, melhora a pressão arterial, os níveis de colesterol e triglicérides, a incidência de diabetes mellitus tipo 2 devido a redução da resistência insulínica, melhora do perfil metabólico e dos hormônios que regulam a fome e a saciedade, aumento da força, resistência, agilidade, flexibilidade, massa muscular e óssea reduzindo o risco de lesões, melhora da qualidade do sono e de transtornos emocionais variados (BRASIL, 2021b).

O Guia de Atividade Física para a População Brasileira (BRASIL, 2021b) recomenda a prática de 150 minutos de atividade física de intensidade moderada por semana ou 75 minutos de atividade física vigorosa por semana para adultos sem permanecer por mais do que dois dias sem atividade física, com benefícios adicionais para maiores durações.

Indivíduos com sobrepeso ou obesidade são mais responsivos do que indivíduos com peso normal aos efeitos do treinamento intervalado de alta intensidade na melhoria da sensibilidade à insulina, pressão arterial e composição corporal (ACSM, 2018).

O treino intervalado de alta intensidade é uma forma de treinamento que consiste na alternância de curtos períodos de exercício anaeróbio (alta intensidade e curta duração), como musculação, exercícios com sobrecarga externa ou do peso do corpo, pilates, saltar, lançar pesos, escalar, entre outros, com períodos de recuperação aeróbia menos intensa (baixa intensidade e longa duração) como caminhada, subir e descer escadas, correr, pedalar, nadar, dançar, entre outros, podendo ser feito com ou sem auxílio de equipamentos. As melhorias

induzidas pelo treino intervalado de alta intensidade nos fatores de risco de DCNT são comparáveis àquelas resultantes de exercícios aeróbicos contínuos de intensidade moderada e favorecem, principalmente, pessoas com sobrepeso e obesidade devido a sua alta eficácia para a perda de gordura corporal (ACSM, 2018).

Com relação a intensidade é preciso avaliar ao longo da prática a capacidade física do indivíduo com obesidade conforme a sua percepção do esforço, aplicando uma escala de 0 a 10. Em atividades de intensidade moderada a percepção de esforço é de 5 a 6, sendo possível conversar com dificuldade enquanto se movimenta e incapaz de cantar. Em atividades de intensidade vigorosa a percepção de esforço é de 7 a 8, sendo incapaz de conversar durante a prática (BRASIL, 2021b).

Quadro 18 - Classificação de intensidade de atividade física

	Leve	Moderada	Vigorosa
Esforço	Mínimo	Médio	Alto
Respiração	Pequeno aumento	Mais rápido que o normal	Muito mais rápido que o normal
Batimentos do coração	Pequeno aumento	Moderado aumento	Aumenta muito
Conversar	Normalmente enquanto se movimenta	Dificuldade enquanto se movimenta	Não consegue
Escala de esforço de 0 a 10	1 a 4	5 a 6	7 a 8

Fonte: BRASIL, 2021b

Recomendações para reduzir o comportamento sedentário (BRASIL, 2021b):

- Ser fisicamente ativo é bastante seguro. A preocupação com lesões ou problemas de saúde não devem impedir a prática de atividade física;
- Todo e qualquer movimento físico é válido para a saúde e para a redução do sedentarismo. A cada hora, movimentar-se por pelo menos cinco minutos para mudar de posição;
- O indivíduo deve experimentar diferentes tipos de atividade física para encontrar aquela que mais se identifique;
- Não é necessário alcançar as recomendações de quantidade de tempo no início. O importante é começar e aumentar gradativamente a quantidade e intensidade, podendo dividir a prática de atividade física em pequenos blocos de no mínimo 10 minutos ou fazer mais minutos por dia;

- Compartilhamento e aprendizagem de esportes e jogos com a família e amigos fortalecem os laços sociais;
- Respeito aos limites individuais, pois pessoas com sobrepeso e obesidade tendem a ter mais limitações articulares e cardiopulmonares para realizar atividade física;
- Aconselhamento ao indivíduo para planejar a prática, identificando horários na rotina a fim de favorecer a sustentabilidade dos exercícios no dia a dia do indivíduo;
- Desaconselhamento à prática de atividade física se o indivíduo apresentar sintomas de dor, desconforto, compressão, queimação, aperto no tórax, pescoço, maxilar e braços, dispneia durante o repouso ou com esforço leve, tontura ou síncope, palpitação ou taquicardia, claudicação intermitente e fadiga incomum com atividades da vida diária;
- Nas atividades físicas ao ar livre, orientação a utilização de alguma forma de proteção solar, como boné, camisa de manga longa e filtro solar, se possível;
- Manutenção da hidratação antes, durante e após a prática e alimentação adequada e saudável sempre que possível.

5.5.3 Suporte psicológico

Indivíduos com sobrepeso ou obesidade devem ser avaliados quanto a fatores psicológicos ou psiquiátricos que podem interferir no sucesso e no engajamento ao tratamento. Sabe-se que sobrepeso ou obesidade estão associados a repercussões na saúde mental, embora a natureza desta associação ainda não tenha sido totalmente elucidada (BRASIL, 2020c).

Estudos mostram que o excesso de peso está associado a chances significativamente mais altas de sintomas depressivos e suicídio. Mudanças no peso, associadas à depressão, são um fenômeno complexo e podem ser influenciadas por fatores específicos da condição crônica, como alterações no apetite, na atividade física ou uso de medicamentos antidepressivos (BRASIL, 2020c).

Medidas de apoio psicológico podem auxiliar no tratamento do sobrepeso e da obesidade. O suporte psicológico, neste caso, tem por objetivo promover apoio e o empoderamento da pessoa ao autocuidado, visando à redução do peso por meio da implementação de modificações de longo prazo no comportamento do indivíduo, que colaborem para reduzir o risco de reganho de peso (BRASIL, 2020c).

As abordagens de suporte psicológico podem ser feitas de modo individual ou em grupo, conforme escolha do usuário, sempre respeitando sua individualidade, visto que levam a redução de medidas antropométricas de forma semelhante. Na abordagem psicológica de pessoas com excesso de peso, duas técnicas se destacam: a Entrevista Motivacional (EM) e a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) (BRASIL, 2020c).

Neste contexto, a EM é um estilo de aconselhamento diretivo e centrado no indivíduo. Através da exploração da ambivalência, busca-se provocar mudanças de comportamento, sendo o objetivo central o aumento da motivação para a mudança, por meio dos seguintes princípios básicos: expressar empatia, desenvolver discrepância, acompanhar a resistência e promover a auto eficácia (BRASIL, 2020c).

A TCC parte do pressuposto de que mudanças cognitivas e comportamentais que facilitem o aumento da atividade física e de um padrão alimentar saudável podem ser úteis no tratamento da obesidade. A TCC é uma terapia breve, caracterizada por sessões semiestruturadas e orientada para metas. Ela envolve um trabalho colaborativo, com participação ativa do profissional da saúde e do usuário no tratamento, e possui um caráter educativo (BRASIL, 2020c).

Estas abordagens têm se mostrado eficazes para redução de medidas antropométricas (perda de peso, IMC e perímetro da cintura), embora com baixo nível de evidência. Ainda assim, recomenda-se o suporte psicológico baseado na EM e na TCC. A abordagem deve ser adequada às necessidades do indivíduo com sobrepeso ou obesidade e condicionada à capacitação das equipes em saúde para a realização adequada dessas estratégias. Além disso, os usuários devem ser informados sobre a possibilidade de associação com outras modalidades de tratamento, como orientação alimentar e prática de atividade física (BRASIL, 2020c).

5.5.4 Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) são ferramentas terapêuticas potentes quando aliadas ao tratamento complementar de diversas condições crônicas. Além disso, são abordagens que ampliam o olhar dos profissionais sobre o processo saúde e doença e sobre as ofertas terapêuticas de cuidado à população.

Evidências científicas de alto grau metodológico demonstram que as PICS de yoga, auriculoterapia e Tai Chi Chuan, possuem eficácia no tratamento de indivíduos adultos com

sobrepeso e obesidade, especialmente para redução do IMC e redução do peso corporal. Yoga e Tai Chi Chuan mostram efeito positivo para redução do peso e IMC após um ano de realização da prática regularmente. O uso da auriculoterapia também auxilia na redução do peso e do IMC. Para potencializar este efeito, as pesquisas recomendam o tratamento de 12 semanas. O *mindfulness*, um tipo de meditação, é uma prática integrativa que apresenta resultados favoráveis em casos de distúrbios alimentares e compulsão alimentar, por meio do treinamento da atenção plena, na população adulta com sobrepeso e obesidade (CABSIN, 2021).

O sistema de cuidado das PICS incorpora técnicas de autocuidado e compreensão do usuário como aspectos chaves da recuperação e manutenção da saúde. Deste sistema de cuidado, amplamente discutido na literatura e associado a estratégias de apoio integradas à adoção de estilo de vida saudável, faz parte a autorregulação física e emocional, incluindo a impulsividade, por sua vez ligada à compulsão alimentar e a outros hábitos nocivos relacionados à obesidade. Pontua-se que a medicina integrativa – ou saúde integrativa – é um campo da medicina que une um forte enfoque na medicina do estilo de vida e na prevenção, com a inclusão de opções seguras e eficazes de uma ampla gama de disciplinas complementares (CABSIN, 2021).

5.5.5 Tratamento farmacológico

Até o presente momento, não há padronização de fármacos no SUS para o tratamento de sobrepeso e obesidade.

No âmbito do SUS, os medicamentos disponíveis para o tratamento de doenças ou de agravos são aqueles padronizados na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME).

Com relação aos medicamentos não padronizados pelos Componentes da Assistência Farmacêutica, a Lei nº 12.401/2011, no seu artigo 19Q, estabelece que “a incorporação, a exclusão ou a alteração pelo SUS de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou a alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, são atribuições do Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec)”.

Conforme descrito no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Sobrepeso e Obesidade em Adultos (Portaria SCTIE/MS nº 53, de 11 de novembro de 2020) no seu item 8.1 Tratamento Farmacológico:

“O uso dos medicamentos orlistate e da sibutramina no tratamento de sobrepeso e obesidade foi avaliado de acordo com a metodologia de avaliação de tecnologias em saúde, adotada pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec), para definição da incorporação de medicamentos e respectivas políticas públicas de acesso a tecnologias no âmbito do SUS. A avaliação desses medicamentos para o tratamento da obesidade recebeu recomendação contrária à incorporação pela Conitec.

O uso de sibutramina pode resultar em elevações de pressão arterial e eventos cardíacos como fibrilação atrial e taquicardia, ansiedade, náusea, boca seca, insônia, entre outros. Já o orlistate pode causar incontinência fecal, flatulência com perdas oleosas, dor e desconforto abdominal, ansiedade, fadiga, entre outros. Ademais, embora não tenham custo unitário elevado, quando se considera a prevalência das condições, seu uso resultaria em impacto orçamentário elevado ao SUS para obtenção de benefícios modestos. Assim, por meio das Portarias SCTIE nº 14 e 15, publicadas em 24 de abril de 2020, foi publicada a decisão de não incorporar os medicamentos no SUS.” (BRASIL, 2020a; BRASIL, 2020b)

5.5.6 Tratamento Cirúrgico

A cirurgia bariátrica é um recurso terapêutico ofertado com rigoroso critério e indicações pelos serviços de AH, após o insucesso em tratamentos anteriores na APS e AAE (BRASIL, 2021a).

O acompanhamento pré e pós-operatório por até 18 meses deve ser realizado pela equipe multiprofissional de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade, conforme dispõe as Diretrizes Gerais para o Tratamento Cirúrgico da Obesidade, previstas na Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017b).

Quadro 19–Indicações e Contraindicações para cirurgia bariátrica

INDICAÇÕES PARA CIRURGIA BARIÁTRICA

- Indivíduos que apresentem IMC maior ou igual a 50 Kg/m², independente do tempo de tratamento prévio;
- Indivíduos que apresentem IMC maior ou igual a 40 Kg/m², com ou sem comorbidades, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado, na APS e/ou na AAE, por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos;
- Indivíduos com IMC maior que 35 kg/m² e com comorbidades, tais como pessoas com alto risco cardiovascular, Diabetes Mellitus e/ou Hipertensão Arterial Sistêmica descompensadas, apneia do sono, doenças articulares degenerativas, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos.

Os seguintes critérios devem ser observados:

- Indivíduos que não responderam ao tratamento clínico longitudinal, que inclui orientação e apoio para mudança de hábitos, realização de dieta, atenção psicológica, prescrição de atividade física e, se necessário, farmacoterapia, realizado na APS e ou AAE por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos;
- O indivíduo e seus responsáveis devem compreender todos os aspectos do tratamento e assumirem o compromisso com o segmento pós-operatório, que deve ser mantido por tempo a ser determinado pela equipe;
- Compromisso consciente do usuário em participar de todas as etapas da programação, com avaliação pré-operatória rigorosa (psicológica, nutricional, clínica, cardiológica, endocrinológica, pulmonar, gastro-enterológica e anestésica).

CONTRAINDICAÇÕES PARA CIRURGIA BARIÁTRICA

- Limitação intelectual significativa sem suporte familiar adequado;
- Quadro de transtorno psiquiátrico não controlado, incluindo uso de álcool ou drogas ilícitas; no entanto, quadros psiquiátricos graves sob controle não são contraindicativos obrigatórios à cirurgia;
- Doença cardiopulmonar grave e descompensada que influenciem a relação risco-benefício;
- Hipertensão portal, com varizes esofagogástricas; doenças imunológicas ou inflamatórias do trato digestivo superior que venham a predispor o indivíduo a sangramento digestivo ou outras condições de risco;
- Síndrome de Cushing decorrente de hiperplasia na suprarrenal não tratada e tumores endócrinos.

INDICAÇÕES E CONTRAINDICAÇÕES PARA CIRURGIA PLÁSTICA REPARADORA

A pessoa engajada ao acompanhamento pós-operatório poderá ser submetida à cirurgia plástica reparadora, conforme as orientações descritas a seguir:

- Mamoplastia: incapacidade funcional pela ptose mamária, com desequilíbrio da coluna; infecções cutâneas de repetição por excesso de pele, como infecções fúngicas e bacterianas; alterações psicopatológicas devidas à redução de peso (critério psiquiátrico);
- Abdominoplastia/torsoplastia: incapacidade funcional pelo abdômen em avental e desequilíbrio da coluna; infecções cutâneas de repetição por excesso de pele, como infecções fúngicas e bacterianas; alterações psicopatológicas devidas à redução de peso (critério psiquiátrico);
- Excesso de pele no braço e coxa: limitação da atividade profissional pelo peso e impossibilidade de movimentação; infecções cutâneas de repetição por excesso de pele, como infecções fúngicas e bacterianas; alterações psicopatológicas devidas à redução de peso (critério psiquiátrico).

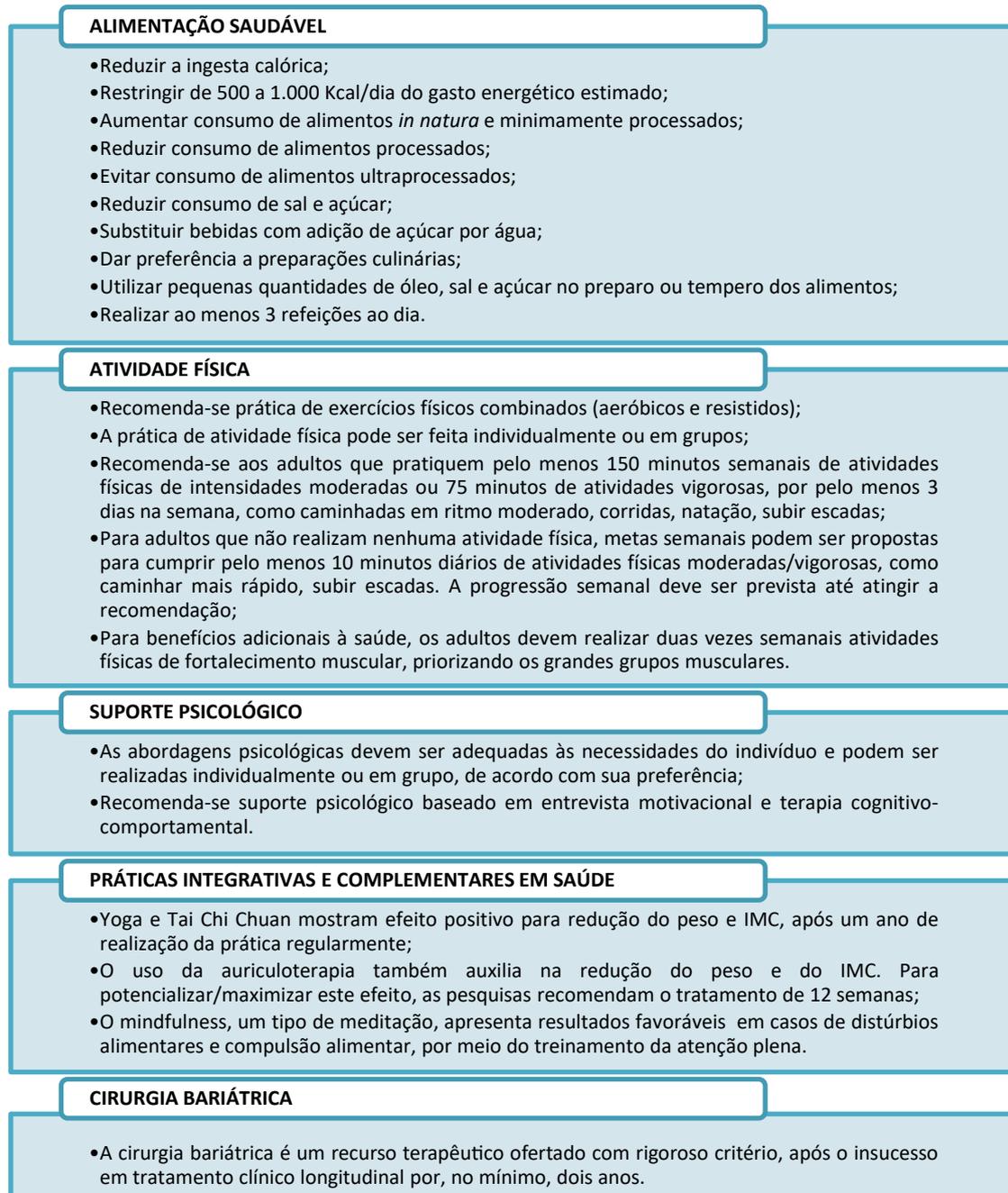
A contraindicação da cirurgia plástica reparadora é ausência de redução de peso, falta de engajamento ao seguimento pós-operatório e recidiva de peso.

Fonte: BRASIL, 2017b.

5.5.7 Sumarização do tratamento

A Figura 4 apresenta a sumarização do tratamento não farmacológico do sobrepeso e obesidade em adultos.

Figura 4 - Sumarização do tratamento não farmacológico do sobrepeso e obesidade em adultos



Fonte: BRASIL, 2020c; CABSIN, 2021 .

As reduções de peso corporal após dieta e prática de atividade física resultaram em melhorias em diferentes domínios da qualidade de vida em indivíduos com sobrepeso ou obesidade. A atividade física regular, iniciada durante a fase de perda de peso e mantida durante a fase de estabilização de peso, a manutenção da alimentação adequada e saudável e suporte psicológico são as principais ferramentas para perda e manutenção de peso a longo prazo. Intervenções para mudanças no estilo de vida, com intervalos semanais nos primeiros seis meses, mostram-se altamente eficazes na redução do peso. É importante destacar que a definição do plano terapêutico deve ser individualizada, considerando as necessidades e preferências da pessoa com sobrepeso ou obesidade, incluindo-a em todas as fases do processo e decisões (BRASIL, 2020c).

5.6 Comorbidades

A obesidade está associada a riscos para a saúde devido à sua relação com complicações metabólicas, como aumento da pressão arterial, dos níveis de colesterol e de triglicérides sanguíneos e resistência à insulina. Também está relacionada com a ocorrência de acidente vascular cerebral, aneurisma, doenças cardiovasculares, infarto, doença renal, pré-eclâmpsia, diabetes, diabetes gestacional, amputação, perda da visão; 13 em cada 100 casos de câncer são associados ao excesso de peso; principais tipos de câncer associados à obesidade: mama, útero, cólon, próstata, fígado; redução da qualidade de vida, depressão, ansiedade e baixa autoestima; maior mortalidade por H1N1; asma; apneia e Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica; refluxo gastroesofágico, colelitíase, síndrome metabólica, esteatose hepática, osteoartrite; doença renal; infertilidade feminina, amenorréia e incontinência urinária; disfunção erétil; complicações maternas e desfechos fetais adversos (BRASIL, 2021c).

Mais recentemente, a obesidade tem sido considerada fator de risco para Covid-19, inclusive sendo um fator de risco para a letalidade. Pessoas com obesidade apresentam aumento de complicações e agravamento dos sintomas; maior ocorrência e período de internações; utilização de ventilação mecânica; internação em UTI; maior risco de óbitos entre menores de 60 anos. Indivíduos com obesidade têm risco 46,0% maior de Covid-19 positivo; 113% maior para internação; 74% maior para admissão na UTI; aumento de 48% nas mortes.

Neste contexto, as pessoas com sobrepeso ou obesidade apresentam até duas vezes mais probabilidade de diagnóstico autorreferido de doença cardíaca quando comparados a indivíduos

eutróficos. Ainda, quanto mais jovem o indivíduo iniciar o manejo do sobrepeso e da obesidade, menores as probabilidades de adquirir diabetes na fase adulta (BRASIL, 2021c).

Durante intervenções específicas para a obesidade, as comorbidades como hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia, diabetes mellitus e outras condições devem ser acompanhadas de forma rigorosa, monitorando a necessidade de ajustes medicamentosos, especialmente nos anti-hipertensivos e para manejo do diabetes mellitus, evitando sinais de hipotensão e ou hipoglicemias (BRASIL, 2021a).

REFERÊNCIAS

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE. **Diretrizes do ACSM para os testes de esforço e prescrição de exercícios**. Rio de Janeiro: 10ª ed. Guanabara Koogan, 2018.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA (ABESO). Departamento de Atividade Física. **Guia Prático: Exercício Físico e Obesidade**. [S. l.], 01 set. 2021a. Disponível em: <https://abeso.org.br/baixar-o-nosso-guia-pratico-exercicio-fisico-e-obesidade/>. Acesso em: 27 out. 2021.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA (ABESO). **Diretrizes Brasileiras de Obesidade**. São Paulo, 4. ed., 2016.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA (ABESO); SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA. **Manifesto Obesidade: Cuidar de Todas as Formas**. [S. l.], 11 mar. 2021b. Disponível em: <https://abeso.org.br/manifesto-obesidade-cuidar-de-todas-as-formas/>. Acesso em: 6 out. 2021.

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União** 1990; 20 set.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília: [s. n.], 2013. 30 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União** 2017; 22 set.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). Relatório de Recomendação nº 522, de março de 2020. **Sibutramina para o tratamento dos pacientes com obesidade**. Brasília, março 2020a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). Relatório de Recomendação nº 523, de março de 2020. **Orlistate para a redução de peso em indivíduos com sobrepeso ou obesidade**. Brasília, março 2020b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). Portaria nº 53, de 11 de novembro de 2020. **Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas: Sobrepeso e Obesidade em Adultos**. Brasília, novembro 2020c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Dispõe sobre a Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Portaria de consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. **Anexo I - Diretrizes para Organização da Rede de Atenção à Saúde do SUS**.

Capítulo II - das diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade no âmbito da rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas, Brasília, 28 set. 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Dispõe sobre a Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Portaria de consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. **Anexo 1 do anexo IV diretrizes gerais para o tratamento cirúrgico da obesidade**, Brasília, 28 set. 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linhas de Cuidado: Obesidade no Adulto**. [S. l.], 2021a. Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/obesidade-no-adulto/>. Acesso em: 10 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2ª. ed. Brasília: [s. n.], 2014. 158 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Marco de referência da vigilância alimentar e nutricional na atenção básica**. Brasília: [s. n.], 2015. 56 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB)**. [S. l.], 2019. Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br/>. Acesso em: 22 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB)**. [S. l.], 2020d. Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br/>. Acesso em: 22 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Guia de atividade física para a população brasileira**. Brasília: [s. n.], 2021b. 52 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Manual de Atenção às Pessoas com Sobrepeso e Obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde**. Brasília: [s. n.], 2021c. 66 p. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MjA1Nw==>. Acesso em: 24 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)**: Relatórios do Estado nutricional dos indivíduos acompanhados por período, fase do ciclo da vida e índice. [S. l.], 2020e. Disponível em: <http://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/index>. Acesso em: 22 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil 2021-2030**. Brasília: [s. n.], 2021d. 120 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade de Brasília. **Protocolo de uso do guia alimentar para a população brasileira na orientação alimentar de pessoas adultas com obesidade:** Fascículo 2. Brasília, 2022. 35 p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolos_guia_obesidade_fasciculo2.pdf. Acesso em: 22 mai. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade Federal de Minas Gerais. **Instrutivo de abordagem coletiva para manejo da obesidade no sus.** Brasília: [s. n.], 2021e. 154 p. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MjA2NA==>. Acesso em: 3 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade Federal de Minas Gerais. **Material teórico para suporte ao manejo da obesidade no Sistema Único de Saúde.** Brasília, 2021f. 152 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona.** 2021g. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus-estrutura-principios-e-como-funciona>>. Acesso em : 3 mar. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. Nota. **Live “Nutrição e Cidadania: Respeito e Acolhimento”: um convite à reflexão sobre o movimento contra a gordofobia e o fenômeno da obesidade.**, Brasília, 24 set. 2020.

CONSÓRCIO ACADÊMICO BRASILEIRO DE SAÚDE INTEGRATIVA (CABSIN) (Brasil). **PICS para redução do peso e o controle da obesidade.** [S. l.], 26 jan. 2021. Disponível em: https://cabsin.org.br/membros/2021/01/26/sobrepeso_controle_da_obesidade/. Acesso em: 21 set. 2021.

GOMBI-VACA , M. F.; SICHIERI, R.; VERLY, E. J. Caloric compensation for sugar-sweetened beverages in meals: A population-based study in Brazil. **Appetite**, [S. l.], v. 98, p. 67-73, mar. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional de Saúde - 2019:** Percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal. Rio de Janeiro: [s. n.], 2020.

INSTITUTO CORDIAL. **Painel Brasileiro de Obesidade:** Mapa do Universo Temático da Obesidade no Brasil. 1ª versão. São Paulo: [s. n.], 2021. *E-book* (120 p.).

KNUTH, A. G.; ANTUNES, P. C. Práticas corporais/atividades físicas demarcadas como privilégio e não escolha: análise à luz das desigualdades brasileiras. **Saúde e Sociedade** , São Paulo, v. 30, n. 2, 28 maio 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/CJfPgsKtxtJGcP8HX5kWg9L/>. Acesso em: 27 out. 2021.

MACLEAN, P. S. *et al.* The role for adipose tissue in weight regain after weight loss. **Obes Rev** , [S. l.], v. 16, 2015. Suppl 1, p. 45-54.

NORDMO, M.; DANIELSEN, Y. S.; NORDMO, M. The challenge of keeping it off, a descriptive systematic review of high-quality, follow-up studies of obesity treatments. **Obes Rev**, [S. l.], v. 21, n. 1, jan. 2020.

PEARLMAN, M.; OBERT, J.; CASEY, L. The Association Between Artificial Sweeteners and Obesity. **Curr Gastroenterol Rep**, [S. l.], v. 19, n. 12, p. 64, nov. 2017.

SHARMA, A. M. 5As Framework for Obesity Management. **Canadian Obesity Network**, [S. l.], 2014. Disponível em: <https://obesitycanada.ca/resources/5as/>. Acesso em: 12 nov. 2021.

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN. **PlanificaSUS: Workshop 4 – Gestão do Cuidado**. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019. 44 p.

SWINBURN, B. A. *et al.* The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report. **The Lancet**, [s. l.], v. 393, n. 10173, p. 791–846, Fevereiro 2019.

VARKEVISSER, R. D. M. *et al.* Determinants of weight loss maintenance: a systematic review. **Obes Rev**, [S. l.], v. 20, n. 2, p. 171-211, fev. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Fact sheet n° 394: Healthy Diet**. [S. l.], ago. 2018. Disponível em: <https://www.who.int/publications/m/item/healthy-diet-factsheet394>. Acesso em: 4 out. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Fact sheets: Obesity and overweight**. [S. l.], 9 jun. 2021. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>. Acesso em: 4 out. 2021.

WU, Y. K.; BERRY, D. C. Impact of weight stigma on physiological and psychological health outcomes for overweight and obese adults: A systematic review. **J Adv Nurs**, [S. l.], v. 74, n. 5, p. 1030-1042, 2018.

ANEXO I - Percentual de cobertura populacional de avaliação do estado nutricional e prevalência de sobrepeso e obesidade na população adulta paranaense avaliada na APS, segundo IMC, por Região de Saúde, 2020.

Região de Saúde	Percentual de cobertura ¹	Prevalência (%)			
		Sobrepeso (IMC ≥25,0 a 29,9)	Obesidade Grau I (IMC ≥30,0 a 34,9)	Obesidade Grau II (IMC ≥35,0 a 39,9)	Obesidade Grau III (IMC ≥40,0)
1ª RS Paranaguá	9,09	34,55	23,41	10,45	4,74
2ª RS Metropolitana	10,02	34,04	22,35	9,21	4,74
3ª RS Ponta Grossa	8,04	33,07	23,96	10,40	5,46
4ª RS Irati	11,70	33,79	22,48	8,36	4,08
5ª RS Guarapuava	21,05	35,03	20,30	8,01	3,55
6ª RS União da Vitória	15,35	34,58	21,13	8,12	3,74
7ª RS Pato Branco	32,83	35,19	21,94	8,49	3,79
8ª RS Francisco Beltrão	19,15	35,53	21,55	8,78	3,94
9ª RS Foz do Iguaçu	12,60	34,09	22,62	9,32	4,71
10ª RS Cascavel	9,29	34,12	21,34	9,02	4,58
11ª RS Campo Mourão	15,52	33,99	21,95	8,91	4,36
12ª RS Umuarama	8,66	34,08	23,71	10,13	4,88
13ª RS Cianorte	24,36	35,48	21,20	8,68	4,02
14ª RS Paranavaí	17,00	34,68	22,44	8,97	4,43
15ª RS Maringá	4,81	32,67	22,70	10,29	5,44
16ª RS Apucarana	7,62	34,62	21,30	9,25	4,07
17ª RS Londrina	5,94	32,16	22,53	10,09	5,12
18ª RS Cornélio Procopio	3,54	31,64	22,02	9,49	4,94
19ª RS Jacarezinho	8,30	33,98	22,55	10,17	4,95
20ª RS Toledo	19,06	34,72	20,90	8,54	4,30
21ª RS Telêmaco Borba	13,03	34,24	23,41	9,94	4,78
22ª RS Ivaiporã	13,83	34,12	21,21	8,40	3,12
Paraná	11,22	34,23	22,05	9,12	4,47

Fonte: SISVAN, 2020 e IBGE, 2012.

NOTA: ¹Percentual da população adulta com estado nutricional avaliado na Atenção Primária à Saúde, segundo registros do SISVAN

ANEXO II - Pilares do Modelo Transteórico Aplicados ao Manejo da Obesidade

O que é?

O modelo transteórico compreende conceitos empiricamente desenvolvidos para subsidiar os profissionais no planejamento de intervenções em saúde com foco na modificação de comportamento. Conceito principal refere-se ao pilar “estágios de mudança”, no qual se considera que as pessoas, ao invés de transformarem suas condutas de forma abrupta, o fazem em etapas, ao longo do tempo, sendo sua natureza de caráter dinâmico e influenciado pelo aspecto motivacional. Inclui também os pilares: processos de mudança, equilíbrio de decisões e autoeficácia. É considerado um modelo promissor de auxílio à compreensão de mudança comportamental relacionada à saúde.

Descrição do método

Estágios de mudança:

- **Pré-contemplação:** não há intenção de mudança; resistência em reconhecer o comportamento como problema;
- **Contemplação:** consciência da existência do problema, mas diversas barreiras impedem agir;
- **Preparação:** foco maior na solução do que no problema; realiza pequenas mudanças, mas pouco concretas ou efetivas;
- **Ação:** alto comprometimento; mudanças de comportamento evidentes, ainda que recentes;
- **Manutenção:** sujeito mais confiante para sustentar as mudanças já realizadas há mais de seis meses.

Processos de mudança: auxiliam a entender como as mudanças ocorrem. São descritos dez processos de mudança, sendo seis cognitivos (*aumento da consciência, alívio dramático, reavaliação de si, ativação emocional e dramatização, reavaliação ambiental e liberação social*) e cinco comportamentais (*liberação, contra condicionamento, controle de estímulos, gerenciamento de recompensas e relações de ajuda*), e progressivamente relacionados aos estágios. Processos cognitivos concentram-se em pensamentos, sentimentos e experiências; nas ações deve-se trabalhar o aumento da consciência sobre o comportamento e suas consequências, sendo, por isto, mais efetivos nos estágios de pré-contemplação, contemplação e decisão. Já os processos comportamentais concentram-se no comportamento, reforço e fortalecimento, incluindo informações mais específicas e detalhadas e realização de atividades práticas, buscando assim a adoção de estratégias que facilitem a mudança de comportamentos. São mais direcionados para os estágios de ação e manutenção.

Autoeficácia: confiança que o sujeito tem em si mesmo para realizar escolhas adequadas diante de certas circunstâncias.

Equilíbrio de decisões: percepção dos prós e dos contras decorrentes da mudança de comportamento.

Como usar em ações coletivas

Sugestão de divisão de subgrupos visando sua aplicabilidade no cotidiano:

1. Grupo de pré-ação (estágios de pré-contemplação e contemplação): ações que busquem a conscientização das práticas alimentares e necessidade de mudanças; valorização do subjetivo e a cognição dos participantes; ações para aumentar o conhecimento sobre alimentação adequada e saudável e conhecimento das barreiras para mudanças de hábitos alimentares visando favorecer a tomada de decisão. Predomina-se o emprego dos processos de mudanças cognitivos;

2. Grupo decisão (estágio de preparação): neste estágio trabalha-se a construção de um plano

de ação, estimulando o alcance de objetivos específicos, sem sobrecarregar com metas excessivas e abordando possíveis resoluções de obstáculos; fatores interferentes nas escolhas alimentares; estímulo a experimentar novas atitudes e escolhas que funcionem para si; encorajamento quanto ao sentido de liberdade e responsabilidade sobre suas próprias ações; e envolvimento de familiares e amigos no apoio à decisão de mudança de comportamento;

3. Grupo ação (estágios de ação e manutenção): prioridade no reforço da autoconfiança e autocuidado; encontros com aprofundamento do conhecimento em alimentação e nutrição; fornecimento de materiais individualizados; realização de atividades baseadas na culinária; desenvolvimento de habilidades do sujeito para enfrentar novas dificuldades, estimulando a manutenção dos objetivos alcançados. Predominam-se os processos comportamentais.

Como usar em ações individuais

Direcionar a intervenção para sujeitos em estágios de mudança distintos, considerando que apresentam percepção, motivação e consumo diferenciados. Também é utilizado com indicador de efetividade da intervenção.

Abordagens específicas:

- **Pré-contemplação:** oferecer informações gerais sobre alimentação adequada e saudável e atividade física; prover ferramentas para o usuário avaliar sua própria alimentação; identificar razões do não engajamento ao tratamento nutricional; esclarecer consequências negativas do comportamento atual;
- **Contemplação:** trabalhar benefícios da adoção de hábitos saudáveis e auxiliar no enfrentamento dos obstáculos;
- **Preparação:** encorajar a liberdade e a responsabilidade sobre suas ações; estimular alcance de objetivos específicos sem sobrecarregar com várias metas; envolver familiares e amigos no apoio à decisão de mudar;
- **Ação:** fornecer materiais individualizados e estratégias práticas; prover reforço positivo às mudanças já implementadas; e estimular autocuidado, força de vontade e motivação;
- **Manutenção:** fornecer encorajamento verbal e/ou escrito para manutenção dos novos comportamentos (encontros ou telefonemas); estimular autocuidado, força de vontade e motivação; orientar sobre o reconhecimento de situações que oferecem risco potencial de recaídas.

Fonte: BRASIL, 2021f.

ANEXO III - Ficha de Marcadores de Consumo Alimentar do e-SUS APS

	MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR		DIGITADO POR:	DATA: / /
			CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA*
_____	_____	_____	_____	/ /

CNS OU CPF DO CIDADÃO: _____	
Nome do Cidadão: _____	
Data de nascimento: / /	Sexo: <input type="radio"/> Feminino <input type="radio"/> Masculino
Local de Atendimento: _____	

CRIANÇAS MENORES** DE 6 MESES	A criança ontem tomou leite do peito?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	<i>Ontem a criança consumiu:</i>	
	Mingau	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Água/chá	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Leite de vaca	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Fórmula infantil	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Suco de fruta	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Fruta	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Comida de sal (de panela, papa ou sopa)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Outros alimentos/bebidas	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
CRIANÇAS DE 6 A 23 MESES**	A criança ontem tomou leite do peito?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Ontem, a criança comeu fruta inteira, em pedaço ou amassada?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Se sim, quantas vezes?	<input type="radio"/> 1 vez <input type="radio"/> 2 vezes <input type="radio"/> 3 vezes ou mais <input type="radio"/> Não Sabe
	Ontem a criança comeu comida de sal (de panela, papa ou sopa)?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Se sim, quantas vezes?	<input type="radio"/> 1 vez <input type="radio"/> 2 vezes <input type="radio"/> 3 vezes ou mais <input type="radio"/> Não Sabe
	Se sim, essa comida foi oferecida:	<input type="radio"/> Em pedaços <input type="radio"/> Amassada <input type="radio"/> Passada na peneira <input type="radio"/> Liquidificada <input type="radio"/> Só o caldo <input type="radio"/> Não Sabe
	<i>Ontem a criança consumiu:</i>	
	Outro leite que não o leite do peito	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Mingau com leite	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Iogurte	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Legumes (não considerar os utilizados como temperos, nem batata, mandioca/aipim/macaxeira, cará e inhame)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Vegetal ou fruta de cor alaranjada (abóbora ou jerimum, cenoura, mamão, manga) ou folhas verdes-escuras (couve, caruru, beldroega, bortalha, espinafre, mostarda)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Verdura de folha (alface, acelga, repolho)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Carne (boi, frango, peixe, porco, miúdos, outras) ou ovo	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Fígado	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Feijão	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Arroz, batata, inhame, aipim/macaxeira/mandioca, farinha ou macarrão (sem ser instantâneo)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	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="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
CRIANÇAS COM 2 ANOS OU MAIS, ADOLESCENTES, ADULTOS, GESTANTES E IDOSOS	Você tem costume de realizar as refeições assistindo à TV, mexendo no computador e/ou celular?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	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
	<i>Ontem, você consumiu:</i>	
	Feijão	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Frutas frescas (não considerar suco de frutas)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Verduras e/ou legumes (não considerar batata, mandioca, aipim, macaxeira, cará e inhame)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	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="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe

Legenda: Opção múltipla de escolha Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)

* Campo obrigatório

** Todas as questões do bloco devem ser respondidas

Local de Atendimento: 01 - UBS 02 - Unidade Móvel 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola/Creche 06 - Outros 07 - Polo (Academia da Saúde) 08 - Instituição/Abriço 09 - Unidade prisional ou congêneres 10 - Unidade socioeducativa

ANEXO IV - Modelo de Plano de Cuidados para atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade

PLANO DE CUIDADO - Sobrepeso e Obesidade			
1. IDENTIFICAÇÃO			
Nome do usuário:			
Nome social:			
Data de nascimento:	Idade:	CPF:	Cartão SUS:
Endereço:		Município:	Telefone:
UBS de origem	ESF	ACS (nome):	Prontuário:
Apoio familiar (nome)	(telefone)	Apoio comunitário (nome)	(telefone)
Gestor do Caso/Equipe Gestora do Caso			
2. AUTOCUIDADO			
Letramento Funcional em SAÚDE (LFS):		Engajamento ao Processo Terapêutico:	
<input type="checkbox"/> Inadequado <input type="checkbox"/> Limitado <input type="checkbox"/> Adequado		<input type="checkbox"/> Pouco participativo–intencional <input type="checkbox"/> Pouco participativo–não intencional <input type="checkbox"/> Participativo	
Capacidade de Autocuidado: <input type="checkbox"/> Suficiente <input type="checkbox"/> Insuficiente	Estágio motivacional para mudança:	Suporte Familiar: <input type="checkbox"/> Suficiente <input type="checkbox"/> Insuficiente	Suporte Social: <input type="checkbox"/> Suficiente <input type="checkbox"/> Insuficiente
3. FATORES DE RISCO E DE PROTEÇÃO			
Situações de risco identificadas pela equipe (condição crônica, outros diagnósticos, complicações, fatores de risco modificáveis e não modificáveis, fatores de risco psicossociais, outros fatores):			
Situações de risco identificadas pelo usuário:			
Fatores de proteção identificados pela equipe:			
Fatores de proteção identificados pelo usuário:			
4. AVALIAÇÃO			
Peso: kg	Altura: cm	IMC:	Circunferência Abdominal: cm
Classificação do estado nutricional			
OUTRAS MEDIDAS COMPLEMENTARES			

--

5. MONITORIZAÇÃO E EXAMES COMPLEMENTARES

Peso:	kg	Altura:	cm	IMC:	Circunferência Abdominal:	cm	
Classificação do estado nutricional							
PA	mmHg	FC	bpm	FR	irpm	TAX:	°C
Glicemia		Se glicemia > 250 mg/dl					
Jejum:	mg/dL	Pós prandial:	mg/dL	Glicosúria	CETONÚRIA		

Caso os parâmetros estejam alterados, registrar possíveis causas (não utilização de medicamentos prescritos, jejum prolongado, outros):

EXAMES COMPLEMENTARES	DATA	RESULTADO

6. PROBLEMAS E RECOMENDAÇÕES

PROBLEMA	OBJETIVOS	BARREIRAS/DIFICULDADES	PRIORIZAÇÃO *	RECOMENDAÇÕES

* Assinalar os problemas por ordem de prioridade: P1, P2, P3 (recomendável até 3 prioridades)

7. INTERVENÇÕES (ações direcionadas a problemas específicos)

--

8. ENCAMINHAMENTOS E EXAMES

--

9. PROBLEMAS PRIORITÁRIOS E METAS

PROBLEMA	AÇÃO	META	GRAU (1 a 10) INTERESSE	GRAU (1a10) CONFIANÇA	APOIO NECESSÁRIO
P1					
P2					
P3					

10. PRÓXIMOS ATENDIMENTOS

APS	_____	AAE	_____
------------	-------	------------	-------

ASSINATURAS E CARIMBOS

Profissionais responsáveis pela elaboração do Plano de Cuidados	Profissional do Ponto de Apoio responsável pela avaliação e fechamento do plano de cuidados
---	---

ANEXO V - Carteira de serviços

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Coordenação do cuidado ○ Ações de promoção da saúde e redução de riscos do sobrepeso e obesidade ○ Identificação e classificação do estado nutricional ○ Avaliação de marcadores de consumo alimentar ○ atendimentos individuais e coletivos, multiprofissionais e interdisciplinares ○ Aconselhamento em alimentação adequada e saudável e atividade física ○ Grupos terapêuticos ○ Apoio ao autocuidado ○ Elaboração e monitoramento do Plano de Cuidados ○ Compartilhamento do cuidado 	
Equipe multiprofissional*	
Agente Comunitário de Saúde	
Assistente Social	
Cirurgião Dentista	
Enfermeiro	
Farmacêutico	
Fisioterapeuta	
Médico	
Nutricionista	
Profissional de Educação Física na Saúde	
Psicólogo	
Técnico de Enfermagem/Auxiliar de Enfermagem	
Técnico em Saúde Bucal/Auxiliar em Saúde Bucal	
Exames, procedimentos e serviços	
<p>Glicemia de jejum, Hemoglobina glicada, Colesterol total e frações, Triglicerídeos, Exame coprológico funcional, Urinálise podem ser realizados a critério clínico; Demais exames dependem da presença de outras condições clínicas associadas ao excesso de peso.</p>	
ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Assistência especializada, multiprofissional e interdisciplinar ○ atendimentos individuais ou em grupos ○ Compartilhamento do cuidado ○ Revisão, complementação e monitoramento do Plano de Cuidados ○ Apoio educacional e supervisional às equipes da APS 	
Profissionais envolvidos nos ciclos de atendimento*	
Assistente Social	
Enfermeiro	
Farmacêutico	
Fisioterapeuta	
Médico Cardiologista	
Médico Endocrinologista	

Nutricionista
Profissional de Educação Física na Saúde
Psicólogo
Técnico de Enfermagem/Auxiliar de Enfermagem
Exames, procedimentos e serviços
Glicemia de jejum, Hemoglobina glicada, Colesterol total e frações, Triglicerídeos, Exame coprológico funcional, Urinálise podem ser realizados a critério clínico; Demais exames dependem da presença de outras condições clínicas associadas ao excesso de peso.
ATENÇÃO HOSPITALAR
<ul style="list-style-type: none"> ○ Avaliação dos casos indicados para tratamento cirúrgico ○ Organização do acesso à cirurgia ○ Assistência terapêutica multiprofissional pré e pós operatória ○ Tratamento cirúrgico ○ Cirurgia plástica reparadora
Equipe mínima**
Médico Clínico Geral
Médico especialista em Cirurgia Geral ou Cirurgia do Aparelho Digestivo
Nutricionista
Psicólogo
Equipe complementar (caráter permanente no estabelecimento)**
Anestesiologista
Angiologista / Cirurgião Vascular
Assistente Social
Cardiologista
Cirurgião plástico
Endocrinologista
Enfermeiro
Farmacêutico
Fisioterapeuta
Pneumologista
Fase pré-operatória
Avaliação pelo cirurgião, clínico ou endocrinologista, nutricionista, psicólogo, cardiologista, pneumologista e, quando necessário, pelo psiquiatra, angiologista, gastroenterologista e ginecologista
Reuniões mensais com grupo multiprofissional com objetivo de informar, orientar e educar para mudança de hábitos
Avaliação do risco cirúrgico
Radiografia simples de tórax
Ecocardiograma
Ultrassonografia de abdômen total
Esofagogastroduodenoscopia
Hemograma com plaquetas
TP
KTTP
Creatinina

Sódio	
Potássio	
Bilirrubina total e frações	
Glicemia de jejum	
Hemoglobina glicosilada	
TGO	
TGP	
GGT	
Ácido úrico	
Cálcio iônico	
Cloretos	
Ferro sérico	
Ferritina	
Fosfatase alcalina	
Ureia	
Magnésio	
T4	
TSH	
Colesterol total	
HDL	
Triglicerídeos	
Glicose pós dextrosol	
Insulina	
Sorologia para hepatite B, C, HIV	
Espirometria	
Vitamina B12	
25 (OH) vitamina D3	
Fase pós-operatória	
Entre 15 a 30 dias (1º mês)	Consulta com cirurgião e nutricionista
No 2º mês	Consulta com cirurgião, nutricionista e psicólogo Exames pós-operatórios
No 3º mês	Consulta com clínico, nutricionista e psicólogo
No 4º mês	Consulta com clínico, nutricionista e psicólogo
No 6º mês	Consulta com cirurgião, nutricionista e psicólogo Exames pós-operatórios
No 9º mês	Consulta com clínico/endocrinologista, nutricionista e psicólogo Exames pós-operatórios
Entre 12º e 15º meses	Consulta com cirurgião, clínico/endocrinologista, nutricionista e psicólogo Exames pós-operatórios
No 18º mês	Consulta com cirurgião, clínico/endocrinologista, nutricionista e psicólogo Exames pós-operatórios
Exames pós-operatórios	
Hemograma completo	
Proteínas totais e frações	
Zinco sérico	
Cálcio	
Vitamina B12	

Folato
Ferritina
Triglicérides
Colesterol LDL
Colesterol HDL
Colesterol total
25 hidroxivitamina D

NOTA: *Composição da equipe multiprofissional envolvida no cuidado das pessoas com sobrepeso e obesidade, por nível de atenção, devendo considerar a avaliação clínica do usuário e disponibilidade do serviço de saúde;

**Composição da equipe multiprofissional que o hospital habilitado para realizar tratamento cirúrgico da obesidade deve dispor, conforme o estabelecido na Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017.