

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

MANUAL DE DIRETRIZES PARA
O ENFRENTAMENTO DA OBESIDADE
NA SAÚDE SUPLEMENTAR BRASILEIRA

Lista de Figuras

Figura 1 – Esquema de orientações para a prevenção da obesidade na infância e adolescência elaborado pela Sociedade Brasileira de Pediatria – SBP

Figura 2 – Fluxograma da abordagem em consulta pediátrica sobre atividade física de crianças e adolescentes, elaborado pela Sociedade Brasileira de Pediatria – SBP

Figura 3 – Fluxograma da abordagem de crianças e adolescentes com excesso de peso e obesidade, elaborado pela Sociedade Brasileira de Pediatria – SBP

Figura 4 – Identificação do Cuidado para os Indivíduos com base no Cálculo do Índice de massa corporal – IMC.

Figura 5 – Redução da ingestão de açúcar, gordura saturada e sal.

Figura 6 – Consumo de frutas, verduras e legumes.

Figura 7 – Abordagens não recomendadas.

Figura 9 – Avaliação laboratorial no pré e pós-operatório da Cirurgia Bariátrica.

Figura 10 – Acompanhamento multidisciplinar no pré e pós-operatório da cirurgia bariátrica.

Figura 11. Classificação do índice de massa corporal, de acordo com a idade, considerados critérios de indicação do tratamento cirúrgico da obesidade⁵.

Figura 12. Limites de circunferência da cintura estratificados de acordo com o IMC, para indivíduos caucasianos⁷.

Figura 13. Acompanhamento nutricional de adolescentes, adultos e idosos pós cirurgia bariátrica e metabólica¹²

Figura 14. Principais deficiências de micronutrientes no pós-operatório^{4,1}

Lista de Gráficos

Gráfico 1 – Índice de massa corporal – IMC por idade em meninos do nascimento aos cinco anos de idade.

Gráfico 2 – Índice de massa corporal – IMC por idade em meninos dos cinco aos dezenove anos de idade.

Gráfico 3 – Índice de massa corporal – IMC por idade em meninas do nascimento aos cinco anos de idade.

Gráfico 4 – Índice de massa corporal – IMC por idade em meninas dos cinco aos dezenove anos de idade.

Lista de Siglas

ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica

ANVISA - Agência de Vigilância Sanitária

CELAFISCS - Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul

CEMED - Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos

CFM - Conselho Federal de Medicina

CFN - Conselho Federal de Nutrição

CONFEF - Conselho Federal de Educação Física

DCNT - Desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis

DIPRO - Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos

DPP - Diabetes Prevention Program

DUT - Diretriz de Utilização

EDU - educação usual em diabetes

FEBRASGO - Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia

GMOA - Gerência de Monitoramento Assistencial

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IMC - Índice de massa corporal

INCA - Instituto Nacional do Câncer

IEV -Intervenção intensiva em estilo de vida

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS - Organização Pan-americana de Saúde

PNS - Pesquisa Nacional de Saúde

SBP - Sociedade Brasileira de Pediatria

SESC - Serviço Social do Comércio

SESC-SP Serviço Social do Comércio de São Paulo

SESI - Serviço Social da Indústria

SBP - Sociedade Brasileira de Pediatria

UERJ - Universidade do Estado do Rio de Janeiro

VIGITEL - Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1 Apresentação	5
2 Introdução	6
3 Aspectos gerais	8
3.3 Como abordar a criança e o adolescente com excesso de peso	13
3.4 Abordagem psicoterápica na infância e adolescência	15
4 Abordagem em adultos	15
4.1 Recomendações para a adoção de hábitos de vida saudáveis	17
4.1.1 Alimentação saudável	17
4.1.2 Prática de atividade física	19
4.2 Abordagem clínica da obesidade	20
4.2.2 Tratamento Cirúrgico	25
5 Abordagem nutricional pré e pós cirurgia bariátrica	25
6 Abordagem psiquiátrica pré e pós cirurgia bariátrica	39
ANEXOS	39
7 Considerações finais	40
8 Referências bibliográficas	

1 APRESENTAÇÃO

A obesidade é uma doença crônica cujo avanço tem se dado de forma acelerada em todo o mundo nos últimos anos. No Brasil, a situação não é diferente. Estima-se que mais de metade da população brasileira esteja com excesso de peso ou obesidade. Com o intuito de analisar a questão sob o ponto de vista das possibilidades de ação no setor de saúde suplementar foi criado em março de 2017 o Grupo Multidisciplinar para Enfrentamento da Obesidade na Saúde Suplementar.

Esse Grupo foi composto por pesquisadores, técnicos da ANS e representantes de diversas entidades públicas e privadas, entre elas:

- Organização Pan-americana de Saúde – OPAS;
- Ministério da Saúde;
- Instituto Nacional do Câncer – INCA;
- Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ;
- Sociedade Brasileira de Pediatria – SBP;
- Conselho Federal de Nutrição – CFN;
- Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul – CELAFISCS;
- Serviço Social da Indústria – SESI;
- Serviço Social do Comércio – SESC; Serviço Social do Comércio de São Paulo - SESC SP;
- Conselho Federal de Educação Física – CONFEF;
- Endocrinology and Sports Medicine;
- Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia – FEBRASGO;
- Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica – ABESO;
- Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia – SBEM;
- Site Panelinha.

O Manual de Diretrizes para o Enfrentamento da Obesidade na Saúde Suplementar Brasileira resulta dos debates e discussões empreendidos no âmbito do Grupo Multidisciplinar e se soma a uma série de ações voltadas para a adoção de um modelo de atenção à saúde integral e mais centrado nas necessidades dos indivíduos. A publicação apresenta um esforço para reunir e trazer esclarecimentos, parâmetros e orientações sobre a temática da obesidade, como uma importante ferramenta para o enfrentamento da situação epidêmica deste agravo à saúde. Espera-se que este material seja amplamente utilizado como balizador das ações a serem implementadas pelo setor regulado, no que se refere ao cuidado do excesso de peso e obesidade, unificando-se assim, a melhoria da qualidade de vida dos beneficiários, a melhoria da qualidade da atenção à saúde e a própria sustentabilidade de todo o setor em uma só estratégia para seu enfrentamento.

Boa Leitura!

2 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde – OMS aponta a obesidade como um dos maiores problemas de saúde no mundo (WHO, 2010). O estudo Global Burden of Disease Brasil – GBD (Souza; França; Cavalcante, 2017), apontou aumento da obesidade, glicemia de jejum e uso de álcool consistente com os dados da maioria dos países no mundo. O excesso de peso e a obesidade constituem o segundo fator de risco mais importante para a carga global de doenças e estão associados com várias doenças crônicas não transmissíveis – DCNT, como doenças cardiovasculares, diabetes, câncer de cólon, de reto e de mama, cirrose, entre outras. De acordo com a OMS, mais de 1,6 bilhão de adultos se encontra com excesso de peso no mundo e pelo menos 400 milhões estão obesos (WHO, 2006). Os dados do GBD 2015 indicam crescimento para 604 milhões de adultos e 112 milhões de crianças em todo o mundo com obesidade, além de a prevalência ter dobrado entre 1980 e 2015 em mais de 70 países do mundo (Souza; França; Cavalcante, 2017). No Brasil, a situação não é diferente. Estudos apontam que a obesidade vem crescendo cada vez mais. De acordo com os dados da pesquisa Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – VIGITEL, mais de 50% da população adulta está acima do peso, ou seja, na faixa de sobrepeso e obesidade.

Sabe-se que a obesidade é uma doença multifatorial, redicivante e muitas vezes silenciosa, e se não prevenida e cuidada corretamente, tem um impacto devastador na vida do indivíduo, bem como na economia do País. A prevenção e o tratamento da obesidade se caracterizam por uma abordagem multiprofissional e transdisciplinar.

Dessa forma, a proposta de enfrentamento do excesso de peso e da obesidade requer ação de diversos setores da sociedade, e não apenas do setor de saúde.

No âmbito de suas competências, a ANS tem buscado, ao longo dos anos, estimular as operadoras de planos de assistência à saúde a repensarem a organização das suas redes de atenção, no intuito de rediscutir as formas usuais de organização dos serviços de saúde, tendo por objetivo: o monitoramento dos fatores de risco, o gerenciamento de doenças crônicas, e a compressão da morbidade e diminuição dos anos de vida perdidos por incapacidades.

Neste contexto, a ANS, por meio da Gerência de Monitoramento Assistencial – GMOA/GGRAS da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO, criou um grupo multidisciplinar para conduzir o Projeto de Enfrentamento do Excesso de Peso e Obesidade na Saúde Suplementar, estimulando o engajamento dos atores do setor em uma visão ampliada de saúde.

O objetivo do grupo foi reunir diretrizes que apontassem para a integração entre procedimentos de prevenção e cuidado da obesidade, compondo uma orientação criteriosa, à qual as operadoras de planos de saúde pudessem se basear. O grupo teve seu trabalho pautado em estudos científicos publicados no Brasil e no exterior e nos dados epidemiológicos sobre os beneficiários de planos de saúde.

A utilização de Diretrizes baseadas em evidências científicas permite que os profissionais de saúde, no setor suplementar, identifiquem melhor e com mais facilidade o risco e o caminho a ser percorrido pelo indivíduo com excesso de peso e obesidade, e seu monitoramento por meio MANUAL DE DIRETRIZES PARA O ENFRENTAMENTO DA OBESIDADE NA SAÚDE SUPLEMENTAR BRASILEIRA 10 de indicadores de acesso, da

qualidade e do nível de coordenação do cuidado para todas as faixas etárias. Essas mesmas diretrizes permitem a implementação de ações de promoção, prevenção e realização de busca ativa para que seja feito o diagnóstico precoce; continuidade entre o diagnóstico e o tratamento; informação compartilhada e tratamento mais adequado e em tempo oportuno, para que o paciente com excesso de peso consiga seguir o percurso ideal para o cuidado, da prevenção ao pós-tratamento, incluindo todos os níveis de atenção.

Estudo recente, baseado em revisão sistemática da literatura com metanálise, demonstrou que as intervenções para perda de peso na obesidade reduzem a mortalidade em 6 casos por 1000 indivíduos obesos por várias causas associadas, particularmente doenças cardiovasculares, câncer e diabetes. As intervenções, especialmente de reeducação alimentar com redução na ingestão de gorduras totais e saturadas, podem reduzir a mortalidade por doenças crônicas (BRASIL, et al., 2017).

3 ASPECTOS GERAIS

A obesidade é considerada uma doença crônica, multifatorial e o distúrbio nutricional mais comum na infância. São consideradas com excesso de peso pessoas com índice de massa corporal (IMC) igual ou acima de 25, e obesas as que possuem IMC igual ou acima de 30. O resultado é obtido pela divisão do peso do indivíduo pela altura ao quadrado. É amplamente conhecida a influência da obesidade no desenvolvimento de diversas doenças que reduzem a qualidade e a expectativa de vida dos pacientes.

Trata-se de um problema de saúde pública, que vem aumentando exponencialmente em todo mundo (WHO). Segundo dados do estudo de base populacional NCD Risk Factor Collaboration (NCD RiskC, (2024), que incluiu 222 milhões de participantes em 200 países e territórios, um em cada oito indivíduos no mundo vive com obesidade. De acordo com este estudo, 159 milhões de crianças e adolescentes e 879 milhões de adultos apresentavam obesidade em 2022.

Projeções da Federação Mundial de Obesidade (World Obesity Federation) para 2035 é que esse número aumentará em aproximadamente 10% em relação ao observado em 2022. No Brasil, a prevalência não difere do observado no cenário mundial. Dados desta mesma Federação evidenciam que em 2035 nosso país terá 41% da população com obesidade e que o crescimento anual da doença será 2,8%.

Adicionalmente, dados do último VIGITEL (Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), mostraram que o excesso de peso atinge 57,3% da população e que a obesidade quase dobrou nos últimos 16 anos (de 11,6% em 2016 para 22,8% em 2021).

O aumento crescente do número de obesos no mundo indica a grande participação do ambiente na gênese da doença, com hábitos dietéticos, sedentarismo e fatores psicossociais, responsáveis por 95% dos casos. Cerca de 5% dos pacientes obesos exibirão alguma causa identificada sendo 2% associados a síndromes genéticas raras, e o restante a causas endócrinas e secundárias a medicamentos (Moretzsohn; Rocha; Caetano, 2016). Pode ser classificada didaticamente em obesidade endógena, secundária a doenças ou uso de medicamentos e exógena, resultado de uma interação entre fatores genéticos, comportamentais e ambientais em que a ingestão alimentar é maior que o gasto energético.

O tratamento da obesidade implica melhora ou resolução de várias doenças associadas. É importante ressaltar que apenas 10% dos pacientes com obesidade são diagnosticados e porcentagem inferior a 2% dos mesmos recebem tratamento para obesidade. Sabe-se que o tratamento clínico (mudança de estilo de vida e medicamentos) reduz em média 10% do peso corporal, daí a importância de um diagnóstico e intervenção precoces. E o tratamento cirúrgico da obesidade reduz em média 30% do peso corporal (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA, 2016).

Segundo dados da Sociedade Brasileira de Pediatria - SBP, quatro em cada cinco crianças obesas permanecerão obesas quando adultas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2012). Os períodos mais críticos para o desenvolvimento da obesidade são: fase intrauterina, os primeiros dois anos de vida e a adolescência.

ABORDAGEM NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

A obesidade é a principal doença que o século XX trouxe à humanidade, acometendo não somente a população adulta, como a faixa etária pediátrica também. Uma vez que a principal arma contra essa epidemia é a prevenção, a abordagem de bons hábitos nutricionais e formação de um comportamento alimentar saudável desde primeira idade estão nas mãos dos profissionais engajados no atendimento da criança e do adolescente.

O Ministério da Saúde (2021) estima que 6,4 milhões de crianças têm excesso de peso no Brasil e 3,1 milhões já evoluíram para obesidade. Para a abordagem do excesso de peso e da obesidade na infância, é de suma importância a identificação de fatores de risco para o seu desenvolvimento e definição de intervenções apropriadas visando a prevenção e o manejo desta doença, que devem ser prioridade em saúde pública.

O aumento da incidência da obesidade pode ter impacto na expectativa de vida a ponto de interromper sua tendência de crescimento. Compreender as relações entre hipertensão e obesidade em adolescentes e diferentes características socioeconômicas e comportamentais pode ajudar na elaboração de estratégias mais eficazes de prevenção da obesidade em jovens, de forma a reduzir suas complicações, entre elas a hipertensão arterial, e garantir não só a tendência de crescimento da expectativa de vida, mas também a qualidade de vida das futuras gerações (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2012).

A prevenção da obesidade deve começar desde o pré-natal, com a identificação de fatores de risco familiar, a orientação e o monitoramento do estado nutricional da gestante. A obesidade infantil é resultado de uma série complexa de fatores genéticos e comportamentais, que atuam em vários contextos como a família e a escola. Segundo os especialistas ouvidos, porém, os maiores responsáveis pelo aumento de peso entre as crianças brasileiras são os alimentos ultraprocessados. Sucos de caixinha, refrigerantes, biscoitos recheados, salgadinhos e macarrão instantâneo são alguns dos produtos mais consumidos pelos pequenos atualmente.¹

O monitoramento dos dados antropométricos pode ser feito utilizando os gráficos de IMC do Ministério da Saúde, inseridos na caderneta de saúde da criança. O preenchimento adequado destes gráficos nas consultas de rotina permite que o profissional de saúde detecte desvios na curva e mudança nos canais de z score (desvios em relação à média da população) e oriente a família quanto à importância da prevenção da obesidade.²

Gráfico 1 – Índice de massa corporal – IMC por idade em meninos do nascimento aos cinco anos de idade.

Gráfico 2 – Índice de massa corporal – IMC por idade em meninos dos cinco aos dezenove anos de idade.

Gráfico 3 – Índice de massa corporal – IMC por idade em meninas do nascimento aos cinco anos de idade.

Gráfico 4 – Índice de massa corporal – IMC por idade em meninas dos cinco aos dezenove anos de idade.

As estratégias para a prevenção da obesidade infanto-juvenil devem se basear em:

- Desenvolvimento de ações educativas de promoção da alimentação saudável desde o pré-natal;
- Promoção do aleitamento materno;
- Introdução adequada de alimentação complementar, de acordo com as recomendações técnicas;
- Estímulo ao conhecimento sobre a importância da atividade física e práticas corporais no desenvolvimento da criança e do adolescente;
- Promoção de atividades físicas lúdicas e recreativas;
- Observação do comportamento sedentário;
- Promoção adequada de horas de sono;
- Controle do tempo de tela a que crianças e adolescentes estão submetidos (TV, tablet, celular e jogos eletrônicos);
- Identificação dos pacientes de risco.

Orientações baseadas em mudança de estilo de vida são as indicadas para o tratamento da obesidade infantil. O envolvimento dos pais e o acompanhamento intensivo parecem ser fatores importantes para o resultado positivo do tratamento. Do ponto de vista clínico, não são recomendadas dietas muito restritivas, pois podem afetar o crescimento e desenvolvimento da criança e do adolescente, além de não contribuírem para a adoção de hábitos alimentares saudáveis e sustentáveis. Hábitos saudáveis decorrem de atitudes saudáveis e geram novas atitudes e outros hábitos saudáveis.

O mesmo acontece em relação a hábitos e atitudes inadequados ou prejudiciais. Aqui, é importante acrescentar que hábitos saudáveis envolvem também o estímulo à atividade física em associação a boa alimentação, como forma de prevenir ou tratar da obesidade.

Necessário que pais e crianças compreendam que o investimento que devem fazer é com o processo envolvido na prevenção da obesidade e seus malefícios. O cotidiano da criação de uma rotina saudável com regras, orientações e limites não são o objetivo final de uma boa educação alimentar, mas um meio de colocá-la em prática.³

A Sociedade Brasileira de Pediatria - SBP elaborou um esquema de orientações para a prevenção do excesso de peso e da obesidade na infância e adolescência, conforme figura 1, abaixo.

Figura 1 – Esquema de orientações para a prevenção da obesidade na infância e adolescência elaborado pela Sociedade Brasileira de Pediatria – SBP. [Repetir a figura do manual de 2017].

Em relação à promoção da alimentação saudável, sugere-se utilizar como referência o Guia Alimentar da População Brasileira. A 2ª edição do Guia Alimentar para a População

Brasileira, publicado pelo Ministério da Saúde, em 2014 (Brasil, 2014), aborda quais cuidados e caminhos são recomendados para se alcançar uma alimentação saudável, saborosa e balanceada. Para tanto, o Guia apresenta desde os cuidados que se deve ter ao escolher os alimentos, passando pela preparação das refeições e pelo próprio ato de comer. Especificamente no caso das crianças e adolescentes, salientam-se os seguintes aspectos:

- Escolher com consciência os alimentos, observando-se as quatro categorias definidas de acordo com o tipo de processamento empregado na sua produção: alimentos in natura ou minimamente processados, alimentos processados e alimentos ultraprocessados;
- Tornar os alimentos in natura ou minimamente processados a base da alimentação;
- Utilizar óleos, gorduras, sal e açúcar em pequenas quantidades ao temperar e cozinhar alimentos e criar preparações culinárias. Desde que utilizados com moderação em preparações culinárias com base em alimentos in natura ou minimamente processados, óleos, gorduras, sal e açúcar contribuem para diversificar e tornar mais saborosa a alimentação sem torná-la nutricionalmente desbalanceada;
- No primeiro ano de vida, o sal não deve ser adicionado à papinha da criança, assim como o açúcar. Outros temperos podem ser utilizados como: o alho, a cebola, o manjerição etc.;
- Limitar o uso de alimentos processados, consumindo-os em pequenas quantidades, como ingredientes de preparações culinárias ou como parte de refeições baseadas em alimentos in natura ou minimamente processados;
- Dar preferência aos alimentos in natura ou minimamente processados nas preparações culinárias;
- Evitar alimentos ultraprocessados.

[Usar quadro do manual de 2017 para as informações abaixo]

DEFINIÇÕES ALIMENTOS IN NATURA - são aqueles obtidos diretamente de plantas ou de animais (como folhas e frutos ou ovos e leite) e adquiridos para consumo sem que tenham sofrido qualquer alteração após deixarem a natureza.

ALIMENTOS MINIMAMENTE PROCESSADOS - são alimentos in natura que, antes de sua aquisição, foram submetidos a alterações mínimas. Exemplos incluem grãos secos, polidos e empacotados ou moídos na forma de farinhas, raízes e tubérculos lavados, cortes de carne resfriados ou congelados e leite pasteurizado.

ALIMENTOS PROCESSADOS – fabricados pela indústria com a adição de sal ou açúcar ou outra substância de uso culinário a alimentos in natura para torná-los duráveis e mais agradáveis ao paladar.

ALIMENTOS ULTRAPROCESSADOS – formulações industriais feitas inteiramente ou majoritariamente de substâncias extraídas de alimentos (óleos, gorduras, açúcar, amido, proteínas) derivados de constituintes de alimentos (gorduras hidrogenadas, amido modificado) ou sintetizadas em laboratório com base em matérias orgânicas como petróleo e carvão (corantes, aromatizantes, realçadores de sabor).

3.2 Recomendações de atividade física para crianças e adolescentes

Recomendação geral

Ser fisicamente ativo todos os dias é importante para a promoção da saúde integral de crianças e adolescentes.

É fundamental que as atividades sejam prazerosas e adequadas ao estado individual de crescimento e desenvolvimento da criança/adolescente. Enquanto é essencial para todos serem fisicamente ativos, concentrar-se nas crianças antes dos dez anos de idade pode mudar a trajetória da próxima geração.

Evidências indicam que a atividade física durante a infância e a adolescência pode contribuir para o enfrentamento da obesidade ao menos por três caminhos:

- I) A prática de atividade física na infância e adolescência auxilia no equilíbrio do balanço energético e, conseqüentemente, na prevenção e tratamento da obesidade e de doenças relacionadas à obesidade nesta fase da vida;
- II) Jovens ativos tendem a se tornar adultos ativos, aumentando o gasto energético durante todo o ciclo de vida;
- III) Jovens ativos possuem menor probabilidade de desenvolver obesidade e doenças relacionadas à obesidade na fase adulta. Por outro lado, jovens inativos têm mais de 90% de chance de se tornarem adultos sedentários (Hearnshaw; Matyka, 2010).

Crianças de 0 a 2 anos de idade Bebês devem ser incentivados a serem ativos, mesmo que por curtos períodos, várias vezes ao dia, como brincar, engatinhar e arrastar. Aqueles que ainda não começaram a se arrastar/ engatinhar devem ser encorajados a serem fisicamente ativos alcançando, segurando, puxando e empurrando, movendo a cabeça, corpo e membros durante as rotinas diárias e durante atividades supervisionadas no chão, incluindo tempo em decúbito frontal.

Crianças que conseguem andar sozinhas devem ser fisicamente ativas todos os dias, durante pelo menos 180 minutos, em atividades que podem ser fracionadas durante o dia em ambientes fechados ou ao ar livre, como: ficar de pé, movendo-se, rolando e brincando, além de saltar, pular e correr. Essas crianças não devem permanecer em comportamentos sedentários por longos períodos, exceto quando estão dormindo.

O comportamento sedentário representa o tempo em que as crianças estão fazendo muito pouco movimento físico, como passear de carro, ficar no colo, ou no carrinho de bebê. Permanecer em comportamentos sedentários por longos períodos não é benéfico para a saúde e para o desenvolvimento da criança e deve ser evitado. Outra recomendação importante até os dois anos é que o “tempo de tela” (TV, tablet, celular, jogos eletrônicos) seja zero.

Crianças de 3 a 5 anos de idade

Crianças dessa faixa etária devem acumular pelo menos 180 minutos de atividade física de qualquer intensidade distribuída ao longo do dia. As brincadeiras ativas como: andar de bicicleta, atividades na água, jogos de perseguir e jogos com bola são as melhores maneiras para essa faixa etária se movimentar. A partir dos três anos de idade atividades físicas estruturadas, como natação, danças, lutas, esportes coletivos, entre outras,

também podem ser incluídas. Recomenda-se que o “tempo de tela” seja limitado em até duas horas por dia, sendo que quanto menos tempo gasto frente às telas será melhor.

Crianças e adolescentes de 6 a 19 anos de idade

Crianças e adolescentes dessa faixa etária devem acumular pelo menos 60 minutos diários de atividades físicas de intensidade moderada a vigorosa, tais como pedalar, nadar, correr, saltar e outras atividades que tenham, no mínimo, a intensidade de uma caminhada. A recomendação da OMS é que os jovens de 5 a 17 anos devem acumular ao menos 60 minutos diários de atividade física de intensidade moderada a alta. A ideia é atingir esta meta realizando atividades distribuídas em períodos menores durante o dia (trinta minutos pela manhã e mais trinta à tarde, por exemplo) (WHO, 2010). Qualquer tempo superior a esta recomendação mínima resulta em benefícios adicionais para a saúde.

Atividades de intensidade vigorosa, incluindo as resistidas - aquelas que predominantemente sejam capazes de fortalecer músculos e ossos a partir de sobrecargas, em especial o próprio peso corporal para, progressivamente, utilizar outras formas, como sobrecargas externas, como ocorre na musculação - devem ser realizadas em, pelo menos, três dias por semana, com vinte e cinco minutos de duração por sessão. Para a população pediátrica essas atividades podem ser não estruturadas, como brincadeiras que incluam saltos, atividades de empurrar, puxar e apoiando/ suportando o peso corporal.

Crianças e adolescentes devem ser encorajados a participar de uma variedade de atividades que contribuam para o desenvolvimento natural, tais como, caminhadas, andar de bicicleta, praticar esportes diversos, se envolver em jogos e brincadeiras tradicionais da comunidade em que estão inseridas. Para crianças e jovens caracterizados por um comportamento mais sedentário, aconselha-se um aumento progressivo no nível de atividade até que se atinja a meta mencionada acima. É melhor começar com um volume menor de atividade física e, com o tempo, ir aumentando sua duração, frequência e intensidade.

Assim como para crianças de 3 a 5 anos de idade, comportamentos sedentários devem ser evitados e recomenda-se que o tempo de tela seja limitado em duas horas por dia, sendo que quanto menos tempo gasto frente às telas será melhor. Porém, este limite não deve levar em consideração o tempo destinado ao uso de computador para realização de tarefas escolares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2012).

O fluxograma abaixo, elaborado pela SBP, demonstra a abordagem sobre a atividade física de crianças e adolescentes a ser realizada em consultas pediátricas.

Figura 2 – Fluxograma da abordagem em consulta pediátrica sobre atividade física de crianças e adolescentes, elaborado pela Sociedade Brasileira de Pediatria – SBP. [Usar Figura do manual de 2017]

3.3 Como abordar a criança e o adolescente com excesso de peso

É importante destacar que as estratégias de prevenção devem iniciar-se precocemente, pois parecem ser mais eficazes nos pré-escolares e menos efetivas quanto mais próximas da adolescência.

Intervenções comportamentais que visam melhorar o consumo alimentar, aumentar os níveis de atividade física e reduzir comportamentos sedentários são frequentemente indicadas para o tratamento da obesidade em crianças e adolescentes. 4 Com base nas recomendações da American Academy of Pediatrics, a Sociedade Brasileira de Pediatria (2019) recomenda uma abordagem de tratamento em estágios.³

Estágio 1: inclui dieta e atividade física, com aumento no consumo de frutas e hortaliças e limite das atividades sedentárias. Se não houver melhora no IMC em um período de 3 a 6 meses, deve-se passar para o próximo estágio.

Estágio 2: recomenda a ingestão de alimentos com baixa densidade calórica, dieta balanceada, refeições estruturadas, atividade física supervisionada de no mínimo 60 minutos por dia, limite de atividades sedentárias e automonitoramento por meio de recordatórios de alimentação e de atividade física. O acompanhamento nutricional deve ter retornos mensais, ajustados às necessidades do paciente e família. De acordo com a resposta ao tratamento, avaliar a necessidade de seguir para o próximo estágio, levando em consideração os riscos à saúde dos pacientes, idade e motivação individual e familiar.

Estágio 3: caracteriza-se por um contato mais próximo com a equipe multidisciplinar e uso de mais estratégias comportamentais e de monitoramento. Recomendam-se retornos semanais, nas primeiras 8 a 12 semanas, seguidos por retornos mensais. Crianças com resposta inadequada a este estágio, com riscos aumentados à saúde e baixa motivação, devem ser considerados para o estágio 4

Estágio 4: inclui dietas com baixa calorias, uso de medicações e/ou cirurgia, a ser avaliado por equipe multidisciplinar especializada. Os resultados esperados são a manutenção do peso para crianças e adolescentes com sobrepeso entre 2 e 18 anos, pois o IMC reduzirá com o crescimento. Para crianças entre 2 e 5 anos e 6 e 11 anos, com obesidade, a meta de redução de peso é de no máximo 450 g/mês. Já para crianças com 6 a 11 anos, com obesidade grave e adolescentes, a perda de peso máxima deve ser de 1 kg/semana. Cabe ressaltar que o importante é a redução do escore-Z do IMC.¹

A SBP elaborou o fluxograma ao lado para orientar a abordagem dos profissionais de saúde a crianças e adolescentes com excesso de peso e obesidade:

Figura 3 – Fluxograma da abordagem de crianças e adolescentes com excesso de peso e obesidade, elaborado pela Sociedade Brasileira de Pediatria – SBP. [Verificar com a SBP se houve atualização da Figura do manual de 2017]

Com relação à indicação de cirurgia bariátrica em crianças e adolescentes, não está claro se algum perfil de paciente - criança ou adolescente - pode se beneficiar do tratamento cirúrgico. Os estudos que envolvem indivíduos nessa faixa etária são predominantemente observacionais, com amostras heterogêneas e pequenas e seguimento apenas em curto prazo. Mais estudos, com amostras bem selecionadas e acompanhamento de longo prazo são necessários antes de se considerar a cirurgia bariátrica como uma alternativa para crianças e adolescentes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2012a).

3.4 ABORDAGEM PSICOTERÁPICA NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA [Ver referências no Manual de Enfretamento da Obesidade das sociedades página 41]

Estigma do peso

O estigma do peso refere-se à desvalorização social de uma pessoa porque ela tem sobrepeso ou obesidade, e inclui estereótipos negativos de que os indivíduos são “preguiçosos”, que não têm “motivação” ou “força de vontade” para melhorar a saúde (1) Tais estereótipos manifestam-se de diferentes formas, levando à discriminação e à rejeição social, muitas vezes expressas como provocação, bullying e vitimização baseada no peso em crianças e adolescentes (1,2).

O estigma do peso está associado à saúde mental deficiente, ao desenvolvimento social e à educação prejudicados e ao envolvimento em comportamentos alimentares desordenados, incluindo a compulsão alimentar, isolamento social, sintomas ansiosos depressivos, que colaboram para o aumento do ganho de peso e consequente piora da obesidade. Destaca-se que jovens expostos a provocações ou bullying relacionados ao peso têm taxas mais altas de comportamentos de automutilação e suicídio (2, 3)

Psicoterapia

A Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) é uma abordagem de tratamento baseada em teoria que destaca a relação entre cognições, sentimentos e comportamentos, e utiliza técnicas que envolvem aprimoramento motivacional, estabelecimento de metas, resolução de problemas e aquisição de conhecimentos/habilidades que podem facilitar mudanças sustentáveis de comportamento (4,5).

Abordagem inclui pensar sobre emoções e pensamentos automáticos negativos relacionados aos hábitos alimentares, ajudando a regular as emoções, promovendo a resolução de problemas para lidar com situações de alto risco onde o controle alimentar é difícil, alterando a autoestima e a imagem corporal e estratégias cognitivas para prevenir recaídas (4,5,6).

4 ABORDAGEM EM ADULTOS

O excesso de peso e a obesidade constituem grandes desafios a serem enfrentados pelos profissionais de saúde, gestores e formuladores de políticas públicas, considerando-se que atualmente uma expressiva parcela da população se encontra nessa condição. Além de comprometer a qualidade de vida dos indivíduos, o excesso de peso e a obesidade, como já mencionado, estão associados com as doenças crônicas não transmissíveis, tais como: diabetes, hipertensão, doenças cardiovasculares e câncer.

No Brasil, dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), provenientes da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), mostraram que, em 2019, cerca de 60,3% dos brasileiros adultos apresentavam excesso de peso, sendo 25,9% relativos à obesidade. De acordo com a última pesquisa VIGITEL (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico) publicada em 2020, evidenciou-se que nos últimos 12 anos, o número de pessoas com obesidade aumentou em 67,8%, passando de 11,8% em 2006 para 20,3% em 2019, com 55,4% dos brasileiros com sobrepeso.

É recomendado que o cálculo do IMC seja realizado para todas as pessoas que procuram a rede prestadora de serviços ambulatorial e hospitalar. A captação deste dado de saúde irá permitir o direcionamento para estratégias de prevenção e tratamento precoce

(orientação para prática de atividade física, consulta com nutricionista, endocrinologista, fornecimento por meio digital ou impresso de informações relevantes sobre o tema), reduzindo morbimortalidade do indivíduo e de custos no sistema de saúde.

A figura 4 apresenta as condutas a serem adotadas com os pacientes após a estratificação realizada com base no cálculo do IMC. Ressalta-se que para indivíduos acima de 60 anos o critério para classificação do estado nutricional é diferente, sendo eutróficos aqueles com IMC entre 22 e 27 kg/m² e sobrepeso IMC >27 kg/m².¹

Figura 4 – Identificação do Cuidado para os Indivíduos com base no Cálculo do Índice de massa corporal – IMC.

Sumarizando as alternativas de cuidados apresentadas na figura 3, podemos identificar duas abordagens a serem trabalhadas:

- 1) Mudança de Estilo de Vida - MEV, com base na alimentação adequada e saudável, e a prática de atividade física;
- 2) tratamento clínico da obesidade, aqui entendido como a que pode ser associada a medicamentos para tratamento da obesidade e à indicação do tratamento cirúrgico para a obesidade.

Por ser multifatorial e tão complexa, a obesidade não pode ser resolvida de um jeito simples, diferentemente do que a sabedoria popular acredita. Seu tratamento é difícil e o objetivo é muito mais amplo do que baixar o ponteiro da balança e satisfazer o que, muitas vezes, é um desejo social de ser magro. Aliás, infelizmente muita gente desiste e abandona o tratamento porque a perda de peso atingida foi menor do que as suas expectativas—expectativas que, muitas vezes, são criadas também pelos médicos e por outros profissionais de saúde.⁵

Devido aos mecanismos fisiológicos da obesidade, é muito difícil para um indivíduo manter grandes perdas de peso em tratamentos clínicos. No entanto, perdas pequenas já podem ser benéficas e fazem diferença para a saúde.

- ✓ 3% a menos no peso embora pareça uma perda quase irrisória na balança, ela já reduz a resistência à insulina e melhora a glicemia.
- ✓ Diminuição de 5% a 10% do peso — além de diminuir ainda mais a resistência à insulina e a glicemia, uma perda de peso nessa faixa melhora outros marcadores, como os níveis de colesterol. Alivia as dores articulares e pode melhorar significativamente a mobilidade. A função sexual é outra que sai ganhando.
- ✓ Por fim, a perda de peso acima de 5% é capaz de reduzir a depressão e talvez o risco cardiovascular e a mortalidade em longo prazo.

A evidência mais relevante vem do ensaio clínico randomizado *Diabetes Prevention Program* (DPP), o qual comparou o impacto da intervenção intensiva em estilo de vida com o placebo, na progressão para DM2, em 1.079 pessoas com pré-DM e sobrepeso ou obesidade, com idade entre 25 e 84 anos. A intervenção comportamental de estilo de vida visava alcançar e manter, no mínimo, 7% de perda de peso ao longo de 3,2 anos de seguimento por meio de uma dieta saudável (com restrição calórica e baixo índice de gordura) e 150 minutos de atividade física por semana.

O DPP mostrou uma redução de 58% no risco de evolução para DM2 pelo período avaliado.⁶ Outro estudo relevante nesse sentido Look-AHEAD foi um ensaio clínico que avaliou o impacto de uma intervenção intensiva em estilo de vida nos desfechos cardiovasculares, morbimortalidade, alterações de peso e controle glicêmico de pessoas com DM2.

Foram randomizadas mais de 5.000 pessoas com DM2 e excesso de peso, sendo alocadas em grupos de intervenções intensiva em mudança no estilo de vida ou em um grupo controle, o qual recebeu apenas assistência usual. A intervenção intensiva foi implementada com sessões individuais semanais e três reuniões de grupo mensais por 6 meses, seguido por uma sessão individual e duas reuniões de grupo mensais durante os meses seguintes por 7 a 12 meses. Do segundo ao quarto ano de intervenção, os participantes tiveram apenas uma visita e um segundo contato via e-mail, correio ou telefone a cada mês. Ao final do primeiro ano 1, os participantes do grupo de intervenção intensiva em estilo de vida (IEV) perderam $8,6 \pm 6,9\%$ do peso inicial, enquanto o grupo que recebeu educação usual em diabetes (EDU) perdeu apenas $0,7 \pm 4,8\%$ ($p < 0,001$). No grupo IEV, a HbA1c reduziu de 7,3 para 6,0% ($p < 0.001$), enquanto no EDU ela se manteve estável.⁷

4.1. Recomendações para a adoção de hábitos de vida saudáveis

4.1.1 Alimentação saudável

A principal causa alimentar associada à obesidade observada nas últimas décadas no Brasil foi o aumento do consumo calórico, sobretudo associado à elevação gradativa na ingestão de produtos ultraprocessados. Estudo transversal conduzido no Brasil no período de 2008-2009, com 55.970 participantes, mostrou que esses produtos representam 15,4% (menor quartil de consumo) a 39,4% (maior quartil de consumo) do consumo calórico total da dieta.

A maior disponibilidade desses alimentos no domicílio foi positiva e independentemente associada à maior prevalência de excesso de peso e obesidade em todas as faixas etárias estudadas. Alimentos ultraprocessados são aqueles que contêm ingredientes muito pouco utilizados na culinária doméstica (xarope de milho, gorduras hidrogenadas ou interesterificadas e outros com aditivos designados para aumentar a palatabilidade ou tornar o produto mais atrativo (realçadores de sabor, emulsificantes, espessantes, corantes)). Adicionalmente, é importante salientar que esses produtos são preparados com alto teor de açúcares e gorduras, combinação que não se encontra presente em alimentos in natura, ou podem, ainda, ser preparados com muito sal.

Assim, destaca-se que um dos alicerces para o enfrentamento do excesso de peso e da obesidade reside na promoção da alimentação saudável. A 2ª edição do Guia Alimentar para a População Brasileira, publicado pelo Ministério da Saúde, em 2014, aborda quais cuidados e caminhos são recomendados para se alcançar uma alimentação saudável, saborosa e balanceada. Para tanto, o Guia apresenta desde os cuidados que se deve ter ao escolher os alimentos, passando pela preparação das refeições e pelo próprio ato de comer.

Os Dez Passos para uma alimentação adequada e saudável, sistematizados pelo Guia Alimentar da População Brasileira, são abaixo transcritos (Brasil, 2014, p.127-128):

- “1. Fazer de alimentos in natura 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, com companhia.
6. Fazer compras em locais que ofertem variedades de alimentos in natura 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 servem refeições feitas na hora.
10. Ser crítico quanto a informações, orientações e mensagens sobre alimentação veiculadas em propagandas comerciais.”

O consumo excessivo de açúcar, gordura saturada e sal estão relacionados ao desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), incluindo obesidade. Dessa forma, é importante que o consumo desses ingredientes seja realizado com moderação, seguindo as recomendações nutricionais estabelecidas pela OMS e pelo Ministério da Saúde. A figura 5 apresenta uma síntese (algoritmo) das recomendações voltadas para a ingestão dessas substâncias – açúcar, gordura saturada e sal

Figura 5 – Redução da ingestão de açúcar, gordura saturada e sal. [Usar Figura do manual de 2017].

O consumo regular de frutas, verduras e legumes é benéfico para diversas funções orgânicas e manutenção da saúde, já que são fontes de vitaminas, sais minerais e fibras, sendo recomendado o consumo diário de maior variedade possível. Dessa forma, é fundamental incentivar o consumo de frutas, verduras e legumes em quantidades regulares (figura 6).

Figura 6 – Consumo de frutas, verduras e legumes. [Usar Figura do manual de 2017].

A elaboração de plano alimentar saudável, individualizado, que respeite hábitos culturais, estilo de vida, preferências e possibilidades individuais, é fundamental tanto para a perda como para a manutenção de peso adequado. O tratamento preconizado engloba mudança de estilo de vida, prática regular de atividade física e seguimento de padrão alimentar saudável, que promova déficit calórico, a fim de induzir perda de peso. Estudos comparando diferentes dietas para perda de peso mostraram que percentuais variados de carboidratos e gorduras mostraram resultados similares em 12 meses, evidenciando que o impacto da restrição calórica se sobrepõe à composição de macronutrientes. Apesar disso, o seguimento de padrões alimentares como a dieta do Mediterrâneo e a dieta DASH constituídos especialmente por frutas, hortaliças, grãos, ovos, lácteos e carnes magras, podem trazer benefícios adicionais, reduzindo o risco cardiometabólico.

4.1.2 Prática de atividade física

O sedentarismo, tão comum na sociedade moderna, é um forte determinante para o desenvolvimento da obesidade. Na realidade, ele tem um impacto tremendamente negativo na saúde. Não só reduz o tempo de vida, como diminui a sua qualidade ao longo dos anos. Para a redução do peso corporal e o controle da obesidade, o ideal é que sejam combinados exercícios aeróbios com exercícios resistidos, além de diminuir o tempo sedentário.⁴

- ✓ Tempo sedentário é aquele em que você fica sentado, deitado ou parado diante de telas de televisão, smartphones ou videogames. Quebre o tempo sedentário a cada 30 minutos.
- ✓ Exercícios aeróbicos: contínuos e intermitentes, que aceleram a frequência cardíaca e a respiração. Caminhada, ciclismo, natação, corrida.

Recomendações:

Frequência:

pratique exercícios aeróbios de três a cinco vezes por semana.

Intensidade: Moderada. Duração: de 30 a 60 minutos por dia (opcional: sessões de 10 minutos cada)

Meta para adultos: mínimo de 150 minutos por semana.

O ideal para pessoas com sobrepeso e obesidade: de 250 a 300 minutos por semana.

** Uma boa estratégia para monitorar a sua prática de exercícios aeróbios é a contagem diária de passos pelo pedômetro ou por aplicativos que oferecem essa função. Meta de número de passos: crianças e adolescentes: até 12.000 passos, adultos: 10.000 passos, idosos: 7.000 passos.*

Exercícios resistidos: envolvem repetições rápidas com pesos livres.

Musculação, exercícios com elástico ou exercícios com o peso do próprio corpo (pilates)

Recomendações:

Frequência: de duas a três vezes por semana.

Tipo: privilegie a repetição rápida de movimentos que envolvam grandes grupos musculares — músculos de braços, peitorais, ombros, costas, abdômen e pernas.

Intensidade e duração: a carga adequada irá depender no nível de força e das limitações individuais.

O ideal é praticar de oito a dez exercícios diferentes, em 2 ou 3 séries, com 10 a 12 repetições cada.

Warburton e Bredin (2017) sinalizam para o fato de que mover-se mais conduz a benefícios significativos para a saúde. Realizar atividades físicas, mesmo que não seja possível, inicialmente, alcançar os tempos citados acima, traz benefícios para a saúde. Várias das atividades do cotidiano, tais como o deslocamento para o trabalho e seu retorno, o cuidado com a casa, subir e descer escadas, por exemplo, contribuem para a melhora do estado de saúde dos indivíduos.

As pessoas inativas devem iniciar com atividades de curta duração e baixa intensidade, progredindo até volumes mais adequados, como atividades moderadas: caminhar, dançar ou realizar atividades domésticas, ou mesmo as atividades vigorosas que incluem a corrida, pedalar ou nadar em ritmo forte, mover ou levantar cargas pesadas. Ressalte-se que o gasto calórico durante as atividades físicas varia com a dosagem (intensidade e duração) do esforço e o peso do indivíduo. Além disso, a atividade física deve ser prazerosa, de preferência ao ar livre e na companhia de amigos ou familiares. (AGITA SÃO PAULO, 2017; Nahas, 2013).

4.2 Abordagem clínica da obesidade

Por abordagem clínica do tratamento da obesidade entende-se a adoção de estilo de vida com hábitos saudáveis em conjugação com a adoção de medicamentos, quando necessário, e nos casos de perda de peso insuficientes e pouca melhoria no quadro das comorbidades, a realização do tratamento cirúrgico.

TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

O objetivo do tratamento com medicamentos é a perda de 10% do peso corporal, o que determina melhora das complicações da obesidade, como diabetes e hipertensão arterial (Garvey, *et al.*, 2016). Como as estratégias de modificação de estilo de vida tendem a promover resultados difíceis de se sustentar, especialmente devido às alterações fisiopatológicas promovidas pela obesidade, a associação do tratamento medicamentoso é justificada. Ele aumenta o percentual de perda de peso e contribui para manutenção do novo peso.

Os tratamentos não farmacológicos e farmacológicos não são antagônicos, mas estratégias complementares no controle do peso. Uma perda de peso de 5 a 15% durante um período de 6 meses é realista e traz benefícios comprovados à saúde. Uma perda de peso maior (20% ou mais) pode ser considerada para aqueles com maiores graus de obesidade ($IMC \geq 35 \text{ kg/m}^2$) (Yumuk V *et al* 2015) ou a depender das doenças associadas ao excesso de peso que o paciente apresente (Garvey WT *et al*).

O tratamento ativo das comorbidades relacionadas à obesidade deve ser parte integrante do manejo abrangente de pessoas com obesidade (Yumuk V *et al* 2015). A perda mínima de peso considerada como adequada para a manutenção de um tratamento farmacológico é de, pelo menos, 5% de perda em relação ao peso ao início do tratamento e deve ser atingida entre 3 e 6 meses de tratamento (Cercato).

Uma modesta perda de peso (5%) tem múltiplos benefícios metabólicos e cardiovasculares para fatores de risco e mais perda de peso (11% e 16%) tem ainda mais benefícios para o metabolismo e fatores de risco cardiovascular. No entanto, para alguns desfechos clínicos, especialmente nos casos em que se busca melhora nos marcadores inflamatórios, pode ser necessário atingir 16% de perda de peso ou mais. A melhora da glicemia de jejum, da hemoglobina glicosilada, dos triglicerídeos e da pressão arterial sistólica já é observada a partir de apenas $\geq 2 < 5\%$ de perda de peso. Também há evidências de melhora da função ovulatória e aumento de taxas de gravidez mesmo com essa faixa de perda de peso mínima. Já para pressão arterial diastólica e colesterol HDL, a melhora começa em $\geq 5 < 10\%$ de perda de peso.

Maior perda de peso foi associada a maior benefício para todos esses fatores de risco de forma direta e linear. Redução de esteatose hepática já pode ser observada a partir de 5% de perda de peso, porém é necessário 10% ou mais de perda de peso para se ter um impacto nos escores de atividade de esteatohepatite avaliados por biópsia hepática.

Há uma melhora graduada nas medidas de qualidade de vida, depressão, mobilidade, disfunção sexual e incontinência urinária de esforço, em que as melhorias são demonstráveis com perda de peso modesta (5-10%) e benefícios também adicionais com maior perda de peso.

É possível se observar melhora nas cargas articulares do joelho para cada quilo de peso perdido, mas melhora significativa na dor, função, marcadores de inflamação e de qualidade de vida em portadores de osteoartrite de joelhos só foram observados com perda de peso superior a 10%.

Redução de hospitalizações anuais e de dias de hospitalização, com consequente diminuição de custos em saúde já são descritos com perda de peso moderada (5-10%), mas sugere-se que mais de 10% de perda de peso pode ser necessária para alcançar a redução de eventos cardiovasculares e mortalidade.

A perda de peso é um importante modificador dos sintomas da apneia obstrutiva do sono, medida pelo índice de apneia-hipopneia, mas 10% ou mais de perda deve ser o objetivo para impactar nos sintomas clínicos. Essa maior quantidade de perda de peso necessária para a melhora pode estar relacionada ao impacto físico nas vias aéreas pelo excesso de gordura corporal. Metas de resultados de saúde direcionadas podem ser alcançadas por um indivíduo com perda de peso inferior a 5% ou superior a 10%. O que é significativo para nossos pacientes é a mensagem de que os pacientes não precisam atingir um IMC < 25 kg/m² em todos os casos, mas pode ser mais saudável em qualquer peso, desde que seja um peso reduzido.

Atualmente, cinco medicamentos são registrados para o tratamento da obesidade no Brasil pela Agência de Vigilância Sanitária - ANVISA.

Sibutramina

A sibutramina inibe a recaptação de norepinefrina e serotonina na fenda sináptica e, em menor grau, inibindo a recaptação de dopamina, prolongando a saciedade e diminuindo a ingestão de alimentos. Ela está disponível em cápsulas de 10 e 15 mg e a dose diária deve ser de um cápsula por dia. A prescrição da sibutramina deve ser feita no receituário B2 junto com termo de responsabilidade, conforme norma da ANVISA.²

A sibutramina é contraindicada em gestantes e em mulheres amamentando e em pacientes com história de doença arterial coronariana (angina, história de infarto agudo do miocárdio), insuficiência cardíaca congestiva, doença arterial obstrutiva periférica, arritmia ou doença cerebrovascular (acidente vascular cerebral ou ataque isquêmico transitório) e hipertensão arterial não controlada.³ Os principais efeitos colaterais da sibutramina são associados à sua estimulação noradrenérgica, sendo os mais comuns: seca (29,2%), taquicardia (20,9%), constipação (18,9%), hipertensão (17,5%), insônia (17,2%) e dor de cabeça (11,3%).

O preço da sibutramina disponibilizado na CEMED varia entre R\$ 30,63 a R\$ 236,39 para caixas com 30 comprimidos de 10 mg e R\$ 35,65 a R\$ 236,39 para caixas com 30 comprimidos de 15 mg.⁵

ORLISTATE

O orlistate atua no trato gastrointestinal, através da inibição irreversível das lipases gástricas e pancreáticas, levando a redução da hidrólise dos triglicerídeos em ácidos graxos e monoglicerídeos e diminuição da absorção de 30% da gordura ingerida.^{1,2} A dose diária recomendada do orlistate é de 120 mg, ingerida durante ou até 01 hora após cada uma das três principais refeições.^{1,3}

O orlistate é contraindicado em gestantes e em mulheres amamentando. Pacientes com síndrome da má absorção crônica ou colestase também não devem usar o orlistate.⁴

Os eventos gastrointestinais (GI) representam os efeitos colaterais mais comuns com o orlistate são: esteatorreia, urgência para evacuar e flatulência com eliminação de gorduras, diarreia e dor abdominal.⁶

A redução da absorção intestinal de gordura leva a um aumento do risco de redução da absorção das vitaminas lipossolúveis (A, D, E, K)² e do aumento da absorção intestinal do oxalato, já que a gordura da dieta na luz intestinal pode se ligar ao cálcio, impedindo que este funcione como um quelante natural do oxalato intraluminal. Este aumento do oxalato pode levar a hiperoxalúria, condição associada a formação de cálculos renais.^{7,8}

O orlistate é comercializado em capsulas de 120 mg. O preço disponibilizado na Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CEMED) e varia entre R\$ 80,55 a R\$ 92,36 para caixas com 30 comprimidos, R\$ 169,13 a R\$ 194,35 para caixas com 42 comprimidos e R\$ 322,25 a R\$ 404,76 para caixas com 84 comprimidos.⁹

Análogos do GLP-1 (Liraglutida e Semaglutida)

O GLP-1 é um hormônio incretínico endógeno secretado pelas células L do intestino delgado no íleo distal e cólon proximal após ingestão de glicose e outros carboidratos. Seu efeito na redução do peso se dá através da redução do esvaziamento gástrico, aumento da saciedade pós-prandial e redução do apetite e do consumo alimentar por interferir no sistema nervoso central. O GLP-1 influencia os neurônios do núcleo para ventricular e arqueado do hipotálamo, atenuando os sinais orexígenos e reduzindo o apetite. A liraglutida compartilha com o GLP-1 humano uma sequência de aminoácidos homóloga em 97%, com modificações que permitem que o tempo de ação seja prolongado, por não haver degradação pela enzima DPP-4.

A semaglutida tem 94% de homologia e uma afinidade com a albumina que foi aumentada em 5,6 vezes, fazendo com que sua meia-vida seja de 165-184 horas (Davies; yY-Sunyer, Kushner). Os análogos de GLP-1 devem ser utilizados com cautela, ou contraindicados em pacientes com histórico prévio de pancreatite. O uso do liraglutida e semaglutida não é recomendado para pessoas com histórico pessoal ou familiar de carcinoma medular da tireoide ou síndrome de neoplasia endócrina múltipla tipo 2. Não existem estudos de segurança em gestantes e lactantes, portanto os análogos de GLP-1 não podem ser utilizados nestas circunstâncias (Davies; yY-Sunyer, Kushner). Os efeitos adversos da

liraglutida e semaglutida são similares aos observados em toda a classe dos análogos de GLP-1, sendo mais frequentes: náusea, vômito, diarreia ou constipação (Tilina, Kushner).

Liraglutida

A liraglutida na dose de 3,0mg levou a uma perda de peso de 8,4 kg após 1 ano de tratamento. A dose de liraglutida deve ser titulada semanalmente, iniciando com 0,6mg, e a cada 7 dias a dose poderá ser aumentada para em 0,6 mg até atingir a dose máxima de 3,0mg (5ª semana), através de injeção subcutânea, diariamente. Essa dose também é aprovada para adolescentes acima de 12 anos. A liraglutida é vendida em caixas com 3 canetas de 6mg/ml. O preço na CEMED é de R\$ 589,25. Na dose máxima de 3,0mg/dia, a caixa com 3 canetas dura 18 dias de tratamento.

Semaglutida

A semaglutida na dose de 2,4mg reduziu, em média, 14,9% do peso corporal após 68 semanas de estudo. Também se mostrou eficaz na redução da incidência de morte e eventos cardiovasculares em pacientes com obesidade, durante o seguimento de 39,8 meses (Ryan; Lincoff). A dose de semaglutida deve ser titulada mensalmente, iniciando com 0,25mg, por injeção subcutânea, semanalmente. Após 4 semanas a dose poderá ser aumentada em 0,5mg até atingir gradualmente, a dose máxima de 2,4mg (17ª semana).

A semaglutida na dose de 2,4mg está aprovada pela ANVISA para tratamento da obesidade também em adolescentes, porém ainda não está disponível nas farmácias. Apresentações com doses menores utilizadas que são indicadas para o tratamento de DM2 são comercializadas com 0,25/0,5mg e de 1mg que são aprovadas para tratamento do diabetes. O preço na CEMED da caneta de 0,25/0,5 mg é de R\$ 1.034,35 e a caneta de 1mg R\$ 1.163,50. Este preço é para 1 mês na dose de 0,5mg na caneta de menor concentração e 1mg na de maior concentração.

Combinação de naltrexona com bupropiona (NB)

A NB em comprimidos de liberação prolongada, tem como mecanismo de ação estimular neurônios hipotalâmicos pró-opiomelanocortina (POMC) através da bupropiona e bloquear simultaneamente a autoinibição da POMC mediada por opioides através da ação da naltrexona, levando a redução do apetite. A associação de naltrexona (32mg) com bupropiona (360mg) levou a redução média de peso de 6,1% quando comparados ao grupo placebo com 1,3%, após 1 ano de uso (Greenway). Em outro estudo, também se mostrou eficaz em reduzir episódios compulsivos (Grilo).

Os comprimidos de NB contém naltrexona 8mg e bupropiona 90mg ambas de liberação lenta, a dose deve ser titulada com aumento semanal, iniciando com 1 comprimido pela manhã até chegar na dose plena com 2 comprimidos manhã e 2 comprimidos a noite. A NB é contraindicada em pacientes com: hipertensão não controlada, histórico de convulsões, insuficiência hepática grave, insuficiência renal terminal, tumor de SNC conhecido, transtorno de humor bipolar, bulimia ou anorexia nervosa, uso crônico de derivados opioides, ou retirada abrupta de opiáceos, administração concomitante com inibidores da monoaminoxidase e gestação/lactação (BULA FDA).

Os efeitos adversos mais relatados com NB são: náuseas (32,5%), constipação (19,2%), cefaléia (17,6%), vômitos (10,7%), tonturas (9,9%), insônia (9,2%), boca seca (8,1%), diarreia (7,1%) (BULA FDA). A NB está disponível em comprimidos com naltrexona (8mg) e

bupropiona (90mg), em caixas com 120 comprimidos, que custam na CEMED de R\$ 759,58 por caixa.

A associação de fitoterápicos e benzodiazepínicos com medicamentos para perda de peso é proibida pelo Conselho Federal de Medicina - CFM. Além de desnecessária e sem evidência científica, esse tipo de abordagem é responsável por estigmatizar o tratamento da obesidade. Observa-se na prática clínica a utilização de algumas substâncias classificadas como fitoterápicas ou suplementos alimentícios que não encontram amparo nas melhores práticas e evidências médicas. Por ser uma doença complexa e de difícil controle, diversas abordagens surgem como propostas de tratamento, geralmente sem nenhuma fundamentação científica ou baseadas em estudos curtos e com pequeno número de pacientes. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA, 2016). A figura 8 apresenta terapias que não possuem evidência científica suficiente para serem indicadas dentro de uma abordagem médica ética no tratamento da obesidade.

Figura 7 – Abordagens não recomendadas. [Usar Figura do manual de 2017].

Abordagem Clínica Tratamento Psicológico

É evidente que variáveis psicológicas e emocionais interferem diretamente no tratamento da obesidade (Yumuk et al, 2016). Nesse contexto, estratégias que visam o acolhimento, a escuta empática, sem estigmas e a modificação de comportamento favorecem a adesão ao tratamento e perda de peso além de alcançar melhoria do estado de saúde geral e qualidade de vida dos pacientes com obesidade (Lv et al, 2017; Vallis; Macklin; Russell-Mayhew, 2020; Kurnik Mesarič; Katja, et al., 2023).

As intervenções podem ser realizadas por meio de diferentes abordagens, e devem ser feitas em paralelo à atuação de outros profissionais de saúde. Destaca-se que a abordagem cognitivo (TCC) (Kurnik Mesarič, Katja, et al., 2023) e a terapia de aceitação e compromisso (ACT) (Kudlek; Laura, et al., 2023) apresentam níveis de evidências positivos no manejo da obesidade e (Jensen; Ryan; Apovian et al, 2014; Yumuk et al, 2016; Garvey, Mechanick; Brett et al, 2016; Vallis; Macklin; Russell Mayhew; 2020; Kurnik Mesarič; Katja, et al., 2023). Estratégias de autocontrole e automonitoramento podem ser desenvolvidas de forma a garantir a identificação individual das variáveis ambientais e comportamentais que dificultam sua adoção de um estilo de vida saudável. A compreensão das complexidades e variáveis mutáveis nas vivências em saúde que integram o estilo de vida do paciente com obesidade são enfocados pelo trabalho do psicólogo. Esse profissional deve compor as equipes multi e interdisciplinares, necessários para o tratamento sustentável da obesidade.

4.2.2 Tratamento Cirúrgico

4.2.2 Tratamento Cirúrgico

A cirurgia bariátrica é indicada para pacientes obesos que não apresentaram resposta ao tratamento clínico com medicamentos e mudanças de estilo de vida. A realização da cirurgia bariátrica determina perda de peso de 20-35% do peso inicial após 2-3 anos do procedimento, o que está associado a melhora de complicações da obesidade, como diabetes tipo 2 e câncer, além de aumentar o tempo e a qualidade de vida dos pacientes

(ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA, 2016).

O tratamento cirúrgico é previsto em lei pelo Sistema Único de Saúde, em Portaria No 425, de 19 de março de 2013, que estabeleceu regulamento técnico, normas e critérios atualmente vigentes para o tratamento da obesidade, indicada para pacientes que não obtiveram resposta a mudanças de estilo de vida e tratamento clínico com medicamentos. São critérios de indicação (3):

- Indivíduos que apresentem IMC ≥ 50 kg/m²;
- Indivíduos que apresentem IMC ≥ 40 kg/m², com ou sem comorbidades, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal, realizado, na Atenção Básica e/ou na Atenção Ambulatorial Especializada, por, no mínimo, dois anos e que tenham seguido os protocolos clínicos;
- Indivíduos com IMC > 35 kg/m² e com comorbidades, tais como pessoas com alto risco cardiovascular portadoras de Síndrome Metabólica, Diabetes Mellitus e/ou Hipertensão Arterial Sistêmica de difícil controle, apneia do sono, doenças articulares degenerativas entre outras sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado por, no mínimo, dois anos e que tenham seguido os protocolos clínicos.

A RESOLUÇÃO CFM No 2.172/2017 determinou o tratamento de pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2, com IMC entre 30 kg/m² e 34,9 kg/m², sem resposta ao tratamento clínico longitudinal realizado por especialista, que tenham seguido os protocolos clínicos.

A recomendação de cirurgia bariátrica na saúde suplementar deve seguir a diretriz de utilização, conforme estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, que prevê a cobertura obrigatória por planos de segmentação hospitalar (com ou sem obstetrícia) e por planos-referência. Para tanto, devem ser observadas as condições estipuladas na respectiva Diretriz de Utilização – DUT (RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações).

DUT – GASTROPLASTIA (CIRURGIA BARIÁTRICA) POR VIDEOLAPAROSCOPIA OU POR VIA LAPAROTÔMICA

1. Cobertura obrigatória, quando preenchido um dos critérios de idade listados no Grupo I e um dos critérios clínicos listados no Grupo II e nenhum critério listado no Grupo III.

Grupo I

- a. Pacientes maiores de 18 anos;
- b. Pacientes entre 16 e 18 anos, com escore-z maior que +4 na análise do IMC por idade e epífises de crescimento consolidadas.

Grupo II

- a. Índice de Massa Corpórea (IMC) de 35 Kg/m² a 39,9 Kg/m², com co-morbidades (doenças agravadas pela obesidade e que melhoram quando a mesma é tratada de forma eficaz) que ameacem a vida (diabetes, ou apneia do sono, ou hipertensão arterial, ou

dislipidemia, ou doença coronariana, ou osteo-artrites, entre outras) com falha no tratamento clínico realizado por, pelo menos, 2 anos;

b. IMC de 40 Kg/m² a 49,9 Kg/m², com ou sem co-morbidades; com falha no tratamento clínico realizado por, pelo menos, 2 anos;

c. IMC igual ou maior do que 50 Kg/m².

Grupo III

a. Pacientes com quadro de transtorno psiquiátrico não controlado, incluindo uso de álcool ou drogas ilícitas;

b. limitação intelectual significativa em pacientes sem suporte familiar adequado;

c. doença cardiopulmonar grave e descompensada que influenciem a relação risco x benefício;

d. hipertensão portal, com varizes esofagogástricas; doenças imunológicas ou inflamatórias do trato digestivo superior que venham a predispor o indivíduo à sangramento digestivo ou outras condições de risco;

e. síndrome de Cushing decorrente de hiperplasia na suprarrenal não tratada e tumores endócrinos.

Os critérios internacionais para realização de cirurgia bariátrica e metabólica foram ampliados recentemente, com base na diretriz internacional de 2022 publicada pela American Society for Metabolic and Bariatric Surgery (ASMBS) e pela Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO).

As novas indicações internacionais para cirurgia bariátrica incluem indivíduos com IMC a partir de 35 kg/m², mesmo sem a presença de comorbidades; e indivíduos com IMC > 30 kg/m² e diabetes descompensada para cirurgia metabólica (5).

A ampliação destas indicações clínicas no cenário brasileiro foi recomendada recentemente pelo consenso de especialistas que incluiu representantes da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM), do Colégio Brasileiro de Cirurgia Digestiva (CBCD) e do Colégio Brasileiro de Cirurgões (CBC) publicado em 2023. Os procedimentos mais recentes ou modificações de procedimentos tradicionais são classificadas como cirurgias experimentais pelo CFM.

Em relação aos procedimentos cirúrgicos, além das técnicas consagradas de BYPASS gástrico em Y-ROUX e SLEEVE Gastrectomy (Gastrectomia vertical) o consenso concluiu que o bypass gástrico de uma anastomose, anastomose duodenolleal única com gastrectomia vertical e gastrectomia vertical com bipartição de trânsito estão associados à baixas taxas de morbidade, à perda de peso satisfatória e à resolução de comorbidades relacionadas à obesidade, como diabetes e hipertensão arterial. Ainda, a gastrectomia vertical com interposição ileal foi considerada uma técnica cirúrgica alternativa promissora e viável (2).

Segundo a Portaria de Consolidação No 3, Anexo IV - Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, Anexo 5, alguns dos principais procedimentos cirúrgicos disponíveis pelo SUS são (6):

- Gastrectomia com ou sem desvio duodenal;
- Gastrectomia vertical em manga (sleeve);
- Gastroplastia com derivação intestinal;
- Gastroplastia vertical com banda.

Segundo a diretriz da ASMBS/IFSO de 2022, houve uma evolução na frequência das técnicas utilizadas nos procedimentos de cirurgia bariátrica e metabólica. Atualmente, 90% dos procedimentos são realizados por gastrectomia vertical e por derivação gástrica em Y-Roux, sendo preferencialmente realizados por abordagens cirúrgicas minimamente invasivas por via laparoscopia ou robótica (5).

Tais abordagens estão associadas a melhores resultados pós-operatórios em curto prazo e a taxas de morbimortalidade baixas, quando comparadas às técnicas cirúrgicas abertas (1). A cirurgia laparoscópica é atualmente considerada a técnica padrão para realização de cirurgia bariátrica e metabólica, enquanto a cirurgia aberta permanece como operação de resgate ou em caso de contraindicações à laparoscopia.

Nos últimos 20 anos a cirurgia bariátrica laparoscópica assistida por robô vem crescendo. A cirurgia robótica apresenta diversos benefícios operacionais em comparação as abordagens por videolaparoscopia e abertas tradicionais.

Sabe-se que a cirurgia por videolaparoscopia é considerada mais exigente para os cirurgiões, tanto fisicamente quanto mentalmente, uma vez que os instrumentos utilizados são longos e devem ser manipulados através de locais de entrada fixos, com graus de liberdade limitados; e os procedimentos são realizados sob orientação de vídeo a partir de uma tela bidimensional, que nem sempre está posicionada no eixo de trabalho.

Tais limitações resultam em posições operacionais inadequadas e destreza prejudicada (7). Há também um certo desgaste postural dos profissionais envolvidos, que pode contribuir para dores nas costas, nos ombros, nos braços e nas mãos devido a movimentos repetitivos durante os procedimentos (8).

Neste contexto, a cirurgia assistida por robô apresenta vantagens técnicas, como restauração de graus de liberdade perdidos devido à articulação intra-abdominal dos instrumentos cirúrgicos; visualização tridimensional do campo operatório na mesma direção da direção de trabalho; modulação da amplitude do movimento por estabilização ou redução de escala; e cirurgia por controle remoto, permitindo maior precisão aos procedimentos cirúrgico, com posições ergonômicas ideais (7).

Vale ressaltar que as cirurgias assistidas por robô também estão associadas com menores riscos de complicações, redução de perda de sangue e menor tempo de internação quando comparado a métodos de cirurgia laparoscópicas e abertas. Mesmo que a cirurgia robótica demande um tempo maior de cirurgia, continua sendo vantajosa uma vez que está relacionada ao menor tempo de internação e menores taxas de complicações em longo prazo (9).

Algumas situações clínicas são particularmente mais impactadas pelos benefícios das operações robóticas, neste contexto podemos destacar os pacientes superobesos (IMC >50) e as cirurgias revisionais. Os indivíduos superobesos apresentam um aumento do tamanho do fígado e um excesso de gordura na região abdominal, que reduzem o espaço

de trabalho na parte superior do abdômen, tornando a cirurgia mais desafiadora tecnicamente.

Neste cenário, a cirurgia bariátrica assistida por robô auxilia na superação de determinadas limitações. Um dos benefícios propostos da cirurgia robótica em indivíduos superobesos consiste na diminuição do trauma no local da incisão, devido à diminuição do torque da parede abdominal com a tecnologia de centro remoto. Ainda, a cirurgia robótica filtra o tremor fisiológico e melhora a destreza do cirurgião (10).

Os procedimentos complexos, como as cirurgias revisionais, são beneficiados pela cirurgia robótica. A cirurgia bariátrica revisional (RBS) abrange diversos procedimentos cirúrgicos realizados após a falha de uma cirurgia bariátrica primária, correspondendo a uma incidência de 5% a 26% dos casos.

As indicações incluem perda de peso inadequada, reganho de peso, persistência ou recorrência de comorbidades e complicações pós-operatórias do procedimento bariátrico primário. Os tipos de procedimentos revisionais são os seguintes: (a) revisão ou correção, que implica a exploração abdominal e reavaliação da anatomia visando tratar sintomas refratários; (b) conversão, na qual um procedimento bariátrico específico é convertido em outro tipo de procedimento bariátrico; e (c) reversão, onde a anatomia original é restabelecida.

A plataforma robótica é vantajosa em operações que envolvem campos operatórios reduzidos, fixos, profundos ou que exigem extrema precisão, como ocorre nos procedimentos de RBS, na qual existe um cenário com aderências entre os órgãos internos, tecidos e vasculatura fragilizados, além da necessidade de confecção ou reconfecção de anastomoses intestinais (11).

O Brasil conta com aproximadamente 104 sistemas robóticos implantados, sendo 64 em serviços privados e 40 em unidades hospitalares públicas (Universidades, Hospitais Filantrópicos, das forças armadas e similares).

Vale ressaltar que, a **cirurgia metabólica** e as **cirurgias realizadas por técnicas de robótica** ainda não passaram pela avaliação da ANS e não possuem cobertura obrigatória, conforme regramento estabelecido para cobertura obrigatória por parte das operadoras de planos de saúde, nos termos da RN nº 555/2022, bem como pela Lei Federal nº 9.656/1998, alterada pela Lei nº 14.307/2022, as quais dispõem sobre o rito processual de atualização do Rol.

Também não são cobertos os medicamentos empregados para o tratamento da obesidade que têm uso domiciliar, pois se trata de exclusão legal, prevista no art. 10, VI, da Lei nº 9.656/1998.

Contudo, em que pese não haver a obrigatoriedade legal para oferta dessas técnicas e medicamentos, conforme a legislação vigente, as operadoras podem decidir por adotar, em critério de liberalidade, a oferta de tais técnicas e medicamentos para seus beneficiários. Para tal devem seguir protocolos de gestão assistencial e adoção de boas práticas, como as descritas na Resolução CFM 2.311/2022, que regulamenta a cirurgia robótica no Brasil e dispõe em seu Art. 3º que a cirurgia robótica só poderá ser realizada por médico que, obrigatoriamente, deverá ser portador de Registro de Qualificação de Especialista (RQE) no Conselho Regional de Medicina (CRM) na área cirúrgica relacionada

ao procedimento. Dispõe ainda que estes cirurgiões devem possuir treinamento específico em cirurgia robótica durante a Residência Médica ou capacitação específica para a realização de cirurgia robótica. Ressalta-se ainda, que é fundamental a verificação da viabilidade técnica local e operacional, sendo recomendável, nestes casos de não obrigatoriedade legal e contratual, seguir as boas práticas orientada pelas Sociedades Médicas responsáveis, apresentadas neste Manual.

A cirurgia é indicada para pacientes com IMC ≥ 35 com complicações ou ≥ 40 , que não apresentaram resposta ao tratamento clínico com medicamentos e mudanças de estilo de vida. O tratamento clínico prévio é obrigatório por um período de dois anos, exceto para pacientes com IMC ≥ 50 kg/ m². Este tratamento deve obedecer a diretrizes nacionais e internacionais, aqui simplificadas, com acompanhamento regular do médico especialista no período.

Os pacientes que serão submetidos à cirurgia bariátrica devem ser encaminhados ao cirurgião pelo endocrinologista e passar por avaliação multidisciplinar minuciosa no pré-operatório. A cirurgia bariátrica é contraindicada para pacientes sem tratamento clínico prévio, existência de doenças psiquiátricas ativas, como depressão maior e transtornos psicóticos, alcoolismo e/ou dependências de drogas, doenças ameaçadoras a vida no curto prazo, e pacientes incapazes de cuidar-se sem apoio familiar ou social (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA, 2016).

5 ABORDAGEM NUTRICIONAL PRÉ E PÓS CIRURGIA BARIÁTRICA

TRATAMENTO NUTRICIONAL PRÉ-OPERATÓRIO

A avaliação nutricional do paciente com obesidade no período pré-operatório, deve ser realizada por um profissional de nutrição qualificado, (que deve integrar a equipe básica do serviço interdisciplinar de cirurgia bariátrica e metabólica), em conjunto com outros profissionais devidamente habilitados e qualificados¹⁻⁴.

Recomenda-se que esta avaliação seja individualizada, mas pode ser complementada com reuniões de suporte em grupos⁴. O objetivo dessa avaliação é orientar bons hábitos alimentares e corrigir as deficiências nutricionais, evitando assim riscos adicionais no per e pós-operatório.

A anamnese deve ser detalhada e capaz identificar o início da obesidade, tratamento prévios, presença de comorbidades, alergias e intolerâncias alimentares, assim como possíveis transtornos alimentares.

Considerando a participação da genética no desencadeamento da obesidade, o histórico familiar também deve ser investigado. No que se refere a avaliação antropométrica, esta deve incluir o IMC (índice de massa corporal), que apesar de não discriminar a composição corporal (localização da gordura), ainda constituiu um dos principais parâmetros para indicação do tratamento cirúrgico da obesidade (figura 11).

Figura 11. Classificação do índice de massa corporal, de acordo com a idade, considerados critérios de indicação do tratamento cirúrgico da obesidade⁵.

IMC (kg/m ²)	< 19 anos	≥ 19 anos
Obesidade grave associada a comorbidades	IMC ≥35 kg/m ² ou 120% do percentil 95°	IMC ≥35 kg/m ²
Obesidade Mórbida	IMC ≥40 kg/m ² ou 140% do percentil 95°	IMC ≥40 kg/m ²

Outra medida que deve ser incluída na avaliação do paciente com obesidade é a circunferência da cintura (método não invasivo e de baixo custo), uma vez que o acúmulo de gordura na região central é capaz de predizer risco de desenvolvimento de doenças cardiometabólicas⁶.

Ressalta-se que o elevado grau de adiposidade na região abdominal pode dificultar a identificação do ponto médio entre a crista ilíaca e a última costela, devendo-se nestes casos deve-se aferir a circunferência da cintura na maior protuberância, e quando possível na altura da cicatriz umbilical.

Cabe também destacar que em crianças e adolescentes, não há metodologia padronizada para este grupo (Figura 12).

Figura 12. Limites de circunferência da cintura estratificados de acordo com o IMC, para indivíduos caucasianos⁷.

IMC (kg/m ²)	Mulher Circunferência cintura (cm)	Homem Circunferência cintura (cm)
Peso normal (18,5 – 24,9)	80	90
Sobrepeso (25-29,9)	90	100
Obesidade I (30-34,9)	105	110
Obesidade II e III (≥35)	115	125

Em indivíduos com aferições acima destes valores há um alto risco de eventos coronários futuros, com base no risco de dez anos de eventos coronários ou na presença de diabetes mellitus (DM). O limite da circunferência da cintura indica risco aumentado a saúde à medida que o IMC aumenta.

Outras análises, como as bioquímicas devem integrar a avaliação do paciente com obesidade no pré e pós-operatório, visto que as deficiências tendem a aumentar após a cirurgia em função das alterações na anatomia e fisiologia. A identificação e tratamento das alterações nutricionais contribuirá para redução dos riscos durante e após o procedimento cirúrgico. Dentre os micronutrientes que devem ser avaliados, em adultos e adolescentes destacam-se hemograma completo, vitamina B12, cálcio, ferro, saturação de transferrina, vitamina B9 e vitaminas lipossolúveis A, D, E. Em idosos deve-se incluir prova de função hepática e renal^{2,3,8}.

A avaliação do consumo alimentar pode ser realizada empregando-se o registro alimentar de três dias que permite reconhecer o padrão alimentar, assim como o questionário de

frequência alimentar que estima o consumo de micronutrientes, assim como de alimentos ricos em gorduras, açúcares, sódio, cálcio e fibras.

Outro ponto importante, é a avaliação físico nutricional que complementar a avaliação nutricional detalhada, pois contribuirá para avaliação da presença de deficiências nutricionais, devendo-se avaliar cabelo (brilho, textura, queda), pele (ressecada), olhos (conjuntivas), boca (feridas nos cantos, glossite), unhas frágeis e quebradiças, edemas em membros inferiores, além de sinais de deficiências nutricionais como: câibra, formigamento, dor nos pés, alterações sensoriais (paladar e olfato), memória⁴.

TRATAMENTO NUTRICIONAL NO PÓS-OPERATÓRIO

No período pós-operatório, o acompanhamento nutricional deve ser realizado de acordo com a técnica cirúrgica empregada, assim como pelas comorbidades pre-existent^{2,3,4} (Figura 13).

Cabe ressaltar que no curso da gestação em pacientes submetidas a cirurgia bariátrica e metabólica, o acompanhamento nutricional deve ser realizado mensalmente visando redução dos riscos de desnutrição, deficiências nutricionais, bebês pequenos para a idade gestacional (PIG), prematuridade, anomalias congênitas e mortalidade perinatal, além do risco pediátrico de hipotireoidismo, diabetes mellitus, hipoglicemia e obesidade⁴.

Outro aspecto importante é que para prevenção de recorrência da obesidade que pode ocorrer em função das adaptações anatômicas e fisiológicas ao longo do tempo, compulsão alimentar, diminuição da taxa metabólica de repouso, sedentarismo, entre outras - o monitoramento periódico com a equipe multiprofissional deverá ser por tempo indeterminado.

Considerando-se as alterações anatômicas e fisiológicas das cirurgias bariátricas (redução do volume gástrico, associado ou não ao desvio intestinal), que favorece inúmeras deficiências de macro e micronutrientes, há necessidade imperiosa do tratamento nutricional, para promoção das correções dos déficits nutricionais, assim como dar continuidade ao processo de reeducação alimentar iniciado no pré-operatório. A suplementação com proteínas e multivitamínicos associado à de outros micronutrientes é imperiosa após as cirurgias bariátricas.

A figura 14 mostra as principais deficiências evidenciadas no pós-operatório. Após a cirurgia bariátrica e metabólica, recomenda-se início da dieta nas primeiras 24 horas em torno de 50ml e evoluindo-se até 200ml por hora. A dieta deverá ser líquida clara e com baixo teor de açúcar e gordura^{9,10}. Recomenda-se também a suplementação proteica nas primeiras 24 horas, fracionada ao longo dia.

O protocolo de evolução das consistências não é uniforme na literatura, mas geralmente no primeiro mês evolui de líquida clara para líquida completa, pastosa, branda e normal – considerando-se a tolerância individual e a característica da técnica cirúrgica realizada^{4,10}.

Em longo prazo, o planejamento alimentar deve basear-se nos modelos propostos My Plate e dieta DASH^{4,11}, programas que propõe refeições pequenas, ricas em proteínas, grãos inteiros, vegetais, frutas e alimentos ricos em ômega 3, além da recomendação do consumo hídrico diário superior a 1,5 litros.

Adicionalmente, a ingestão mínima de proteína deve ser entre 60g a 120g/dia, ou 1,5g/kg/dia do peso ideal. Maiores quantidades de ingestão proteína - até 2,1g/kg/dia de peso ideal precisam ser avaliadas de forma individualizada. Deve constituir entre 10 e 35% da ingestão calórica diária.

A oferta de carboidratos no pós-operatório precoce deve ser 50g, e conforme a ingestão alimentar aumenta 130g seria adequado. A ingestão de lipídios dentre 20% a 35%, sendo a maior parte por meio do consumo de gordura insaturada. Em relação as fibras, os pacientes devem ser aconselhados e estimulados a incluir na sua alimentação pelo menos cinco porções/dia de frutas e vegetais frescos, além dos alimentos fonte de fibras com ação prebiótica.

Associado a estes aspectos, o comportamento alimentar no pós-operatório, deve ser desenvolvido, tais como: alimentação consciente, mastigação, saciedade, consumo de líquidos as refeições, limitações do consumo de açúcares simples, bebidas carbonatadas e ingestão de bebida alcoolica3,4 .

Figura 13. Acompanhamento nutricional de adolescentes, adultos e idosos pós cirurgia bariátrica e metabólica12 [diagramar imagem abaixo como figura, verificar Manual de Diretrizes para Enfrentamento da Obesidade encaminhado pelas sociedades para melhor resolução]

	Antropométrica	Bioquímica	Consumo alimentar	Composição corporal
	<p>Altura</p> <p>IMC</p> <p>Medida ant e pós</p> <p>Tendência: até o final do 1º ano</p> <p>Semestral: até o final do 2º ano</p> <p>Anual: a partir do 3º ano</p>	<p>Hemograma Completo,</p> <p>Ferritina, Índice de saturação da Transferrina</p> <p>Capacidade total de ligação da transferrina</p> <p>Ácido fólico B12, Vitamina B1, Vitamina C Vitamina A, Vitamina D</p> <p>Tendência: até o final do 1º ano</p> <p>Anual: a partir do 2º ano</p>	<p>Medida ant e pós</p> <p>Tendência: até o final do 1º ano</p> <p>Semestral: até o final do 2º ano</p> <p>Anual: a partir do 3º ano</p>	<p>Semestral: até o final do 2º ano</p> <p>Anual: a partir do 3º ano</p>
Adolescente	<p>Preço</p> <p>Altera</p> <p>IMC</p>	<p>Hemograma Completo,</p> <p>Ferritina, Índice de saturação da Transferrina</p> <p>Capacidade total de ligação da transferrina</p> <p>Ácido fólico B12, Vitamina B1, Vitamina C Vitamina A, Vitamina D</p>	<p>Registro Alimentar 3 dias (RA3)</p>	<p>Bioimpedância Elétrica, Terepolar, segmentada (quando possível)</p>
Adulto	<p>% Redução de peso</p>	<p>Vitamina E, Vitamina K, Cálcio, cobre, sódio e colágeno</p> <p>Próstata, sódio e Próstata (total e fracionada)</p>	<p>Questionário de Frequência do Consumo Alimentar (QFCA)</p>	<p>DEXA (quando possível)</p>
Idoso	<p>Circunferência da cintura</p> <p>Circunferência do pescoço</p>	<p>Funções hepática e renal</p>		
Gestante	<p>Peso (concomitante avaliação do crescimento fetal)</p> <p>IMC Gestante</p>	<p>PS: Para e screening de DM, não use TGO ou teste de tolerância de glicose</p> <p>Monitorizar a hemoglobina glicada a cada 3 meses e investigar se há fatores de risco</p> <p>Indicada a monitorização contínua de glicose no 2º trimestre de gestação</p>		<p>DEXA (após 1 ano gestação)</p>

Figura 14. Principais deficiências de micronutrientes no pós-operatório4,1[diagramar imagem abaixo como figura, verificar Manual de Diretrizes para Enfrentamento da Obesidade encaminhado pelas sociedades para melhor resolução]

NUTRIENTE	PERCENTUAIS DE DEFICIÊNCIAS (%)
Timina	1-49
Vitamina B12	RYGB: <20 SG: 4-20
Ácido fólico	Ate 65
Teste D antes e 10 anos de pós-operatório	Banda gástrica (AGB): 14 SG: <18 RYGB: 20 a 55 BPD: 13 a 62 DS: 8 a 50
Vitamina D	Ate 100
Vitamina A (até 4 anos)	Ate 70
Vitamina E	Pouco frequente
Vitamina K	Pouco frequente
Zinco	BPD+DS: até 70 RYGB: até 40 SG: até 19 AGB: até 14
Cobre	BPD+DS: até 90 RYGB: 10 a 20 SG: 1 caso reportado

O profissional nutricionista clínico deve integrar as equipes de tratamento cirúrgico da obesidade para acompanhamento pré e pós-operatório.

A avaliação nutricional no pré e pós-operatório deve incluir avaliação nutricional, antropométrica (IMC, circunferência de cintura e bioimpedância quando possível) e avaliação bioquímica, assim como instituir adoção de bons hábitos alimentares.

A progressão da dieta no pós-operatório deve ser individualizada, iniciando-se com líquidos claros, semi-liquida, pastosa, branda e normal ao longo do primeiro mês após a operação. O acompanhamento nutricional deve ser realizado de forma contínua e por toda vida e a suplementação com multivitamínicos é imperiosa.

V ABORDAGEM PSICOLÓGICA PRÉ E PÓS CIRURGIA BARIÁTRICA

As diretrizes da SBCBM elaborada por um grupo de psicólogos, publicada em 2023, referem-se a um conjunto de recomendações norteadoras para a atuação do psicólogo no contexto da cirurgia bariátrica e metabólica. Neste documento, tais recomendações foram estruturadas em três etapas/fases: pré-operatório, transoperatório e internação, pós-operatório e follow-up (2). As metodologias sugeridas nas diretrizes para a realização de avaliação psicológica individual são: observação clínica, entrevista semiestruturada, aplicação de testes psicológicos, escalas e/ou outros instrumentos e técnicas de psicodiagnóstico e observância das contraindicações (2,8). A assistência psicológica pode ser realizada de forma presencial e on-line conforme Resolução 11/2018 ou legislação vigente a respeito da temática.

PRÉ OPERATÓRIO:

A avaliação e acompanhamento psicológico pré-operatório à cirurgia bariátrica busca identificar psicopatologias pré-existentes que possam afetar os resultados da cirurgia, se não tratadas como: depressão, ansiedade, transtorno bipolar, psicoses, compulsão alimentar, abuso de substâncias, entre outros [2,3,4,5].

Tais quadros podem impactar na programação do procedimento cirúrgico e indicar para o paciente o encaminhamento para uma intervenção especializada prévia à cirurgia. A indicação para realizar a cirurgia, de modo geral, deve ocorrer após a estabilização desses transtornos [2,3,6].

Além disso, o pré-operatório, é o momento em que o paciente deve ser preparado para lidar com as exigências emocionais e comportamentais da cirurgia. Assim, há uma melhora do

seu prognóstico e uma maior responsabilização do paciente e da sua rede de apoio pelo sucesso do procedimento (2,6,8).

A entrevista clínica, é uma metodologia universal, amplamente considerada como ferramenta essencial para o psicólogo no pré-operatório [7,8]. Os principais objetivos da entrevista semiestruturada clínica são: coleta de dados sociodemográficos, investigação do histórico clínico e familiar pregresso e atual, limitações físicas e emocionais, tentativas anteriores de perda de peso, compreensão do paciente quanto à cirurgia bariátrica; expectativas em relação à cirurgia; as habilidades de aderir recomendações pré e pós-operatórias; rotina alimentar; prática de atividade física; a presença de transtornos alimentares; funcionamento cognitivo; a avaliação de transtornos psiquiátricos; a presença de abuso de substâncias/ álcool/ tabagismo/ drogas; e avaliação da rede de apoio sócio familiar [2,4].

Ressalta-se que como método de intervenção no pré-operatório, estratégias como psicoeducação, automonitoramento, controle de estímulos e entrevista com os familiares são respaldadas na literatura como formas de promover adesão e otimização dos resultados pós cirurgia bariátrica (2,3,8).

TRANSOPERATÓRIO: A fase transoperatória é facultativa /opcional, pois depende da organização do serviço e da equipe a qual o psicólogo compõe (2). As metodologias e intervenções recomendadas para alcançar tais objetivos são: Acompanhamento hospitalar no pós-operatório (centro cirúrgico e internação); oferecer suporte e orientação familiar; Orientação à equipe de saúde (2,8).

PÓS-OPERATÓRIO: Considera-se que após a realização da cirurgia bariátrica o paciente deve fazer o tratamento pós-operatório com a equipe de saúde. No ponto do acompanhamento psicológico, algumas diretrizes internacionais [2,6,7,8] estabelecem que o paciente deve fazer consulta de acompanhamento com psicólogo da equipe quando completa um mês de operado, depois aos três meses, em seguida aos seis e aos 12 meses. Caso exista algum quadro psicopatológico, o paciente deve ser encaminhado para tratamento especializado. Após o primeiro ano, a consulta com o psicólogo da equipe deve acontecer a cada seis meses, até completar cinco anos de realização do procedimento cirúrgico. Também é importante que o psicólogo encontre recursos que aumentem a acessibilidade do paciente, ou seja, recursos on-line e atendimento em grupo de apoio sejam utilizados. Nessa fase, deve ser abordado com o paciente os aspectos comportamentais referentes as mudanças, as expectativas referentes ao resultado, comportamento alimentar, aspectos de risco em saúde mental, consumo de bebidas alcoólicas e imagem corporal (2,3,4,8).

VI ABORDAGEM PSIQUIÁTRICA PRÉ E PÓS CIRURGIA BARIÁTRICA

Introdução

A obesidade é um problema de saúde pública em todo o mundo e está associada a inúmeras complicações médicas como a hipertensão arterial, diabetes, hiperlipidemia, infarto agudo do miocárdio e câncer (1).

A cirurgia bariátrica, desenvolvida há mais de cinquenta anos, tem sido muito estudada e aprimorada desde então, sendo recomendada por guidelines para pacientes com índice de massa corporal mínimo de 40 kg/m² ou para pacientes com índice de massa corporal

mínimo de 35 kg/m² apresentando comorbidades médicas associadas à obesidade, que não responderam aos tratamentos clínicos previamente oferecidos (2).

Apesar de sua eficácia, uma abordagem multidisciplinar pré, peri e pós-operatória é fortemente recomendável, na medida em que garante melhores resultados (3).

A obesidade é uma condição associada a inúmeras complicações cognitivas (4), emocionais (5), motivacionais (6) e comportamentais (7), razão pela qual a atenção por profissionais de psicologia e psiquiatria se faz tão importante.

Atenção Psiquiátrica Pré-Operatória ao Paciente Bariátrico

Muito tem sido discutido na televisão, revistas, jornais e em mídias sociais acerca dos riscos psicológicos e emocionais associados à cirurgia bariátrica, como a possibilidade de exacerbação de transtornos psiquiátricos, particularmente os transtornos do humor, como a depressão e o transtorno bipolar, além dos supostos riscos de transferência de dependências químicas após a cirurgia bariátrica.

Se por um lado uma quantidade substancial de transtornos psiquiátricos ou perfis psicológicos anormais acomete os indivíduos com obesidade que se candidatam à cirurgia bariátrica (8), podendo aumentar os riscos de desfechos pós-operatórios desfavoráveis, como a perda de peso abaixo da esperada ou a recidiva da obesidade (9), por outro, a cirurgia bariátrica parece melhorar a evolução e a morbidade de alguns transtornos emocionais (10, 11) e até mesmo o desempenho em diferentes domínios neurocognitivos como memória, função executiva e linguagem (12).

Depressão e Transtornos do Humor

A depressão é o transtorno psiquiátrico mais estudado em indivíduos com obesidade. Trata-se de uma condição muito comum, que, em linhas gerais, caracteriza-se por humor gravemente deprimido e falta de capacidade de sentir prazer (ou anedonia), os quais se associam com fadiga, alterações da concentração, do apetite e do sono, além de ideação suicida e outros pensamentos característicos, como as ideias de menos valia, ruína e desesperança, que podem, inclusive, atingir proporções delirantes.

A depressão é uma doença heterogênea, abrangendo diferentes apresentações clínicas nem sempre tão características. Por exemplo, alguns indivíduos desenvolvem quadros com sintomatologia mais típica, como perda de apetite e de peso e insônia, enquanto outros pacientes desenvolvem apresentações atípicas. Os sintomas de depressão atípica incluem intenso retardo psicomotor, hipersonia, aumento de apetite e ganho de peso (por contradizerem os sinais típicos da depressão, os três últimos são chamados de sintomas de inversão vegetativa).

Sintomas atípicos são, ainda, fortemente sugestivos de bipolaridade, um cenário psicopatológico em que existe alternância ou concomitância de sintomas depressivos e de sintomas de elevação do humor, como aumento de energia, irritabilidade, diminuição da necessidade de sono, grandiosidade e impulsividade, característicos da hipomania e da mania.

Não bastasse a heterogeneidade clínica da depressão, quando acomete indivíduos com obesidade sua apresentação clínica parece ainda mais complexa. O diagnóstico da depressão nesta população pode ser um desafio até mesmo para o profissional de saúde

mental experiente. Isso porque indivíduos com obesidade mórbida costumam apresentar quadros de humor disfarçados sob uma ampla gama de condições comumente agrupadas como transtornos do espectro afetivo, um termo guarda-chuva englobando condições clinicamente tão distintas quanto a depressão, a síndrome da fadiga crônica, transtornos do comportamento alimentar, o transtorno de déficit de atenção, enxaquecas e a síndrome do cólon irritável (10).

Portanto, pacientes com obesidade tendem a ter maior frequência de quadros depressivos com características atípicas e bipolaridade; tanto que foi sugerido que sobrepeso e obesidade possivelmente afetem a apresentação clínica da depressão (13).

A importância de que transtornos do humor sejam prontamente identificados e adequadamente tratados em candidatos à cirurgia bariátrica reside no fato de que uma grande parte dos pacientes com transtornos do humor costuma também apresentar comportamentos alimentares disfuncionais que colocarão em risco os desfechos da cirurgia, aumentando as chances de perda ponderal aquém do desejado e de recidiva da obesidade após a cirurgia.

De fato, a relação entre obesidade, humor e comportamento alimentar é muito complexa: estudos têm demonstrado que transtornos de humor, transtornos do comportamento alimentar e obesidade não são apenas altamente prevalentes e comórbidos, mas também compartilham fatores clínicos, neurobiológicos e genéticos, além de influenciarem mutuamente suas apresentações clínicas e repostas terapêuticas (10, 14).

Assim, pode ser muito mais difícil tratar a depressão de um indivíduo com obesidade do que a de um indivíduo sem obesidade. Da mesma forma, a presença de um transtorno de humor parece diminuir as chances de sucesso de uma dieta. Além de apresentarem quadros de humor atípicos, indivíduos com obesidade mórbida podem apresentar quadros de humor com maior prejuízo cognitivo, maior severidade e cronicidade (10, 14, 15).

E isso não é tudo. Bipolares que também sofrem de obesidade costumam desenvolver uma doença predominantemente depressiva e mais duradoura; portanto, pode demorar um pouco mais de tempo até que um diagnóstico de transtorno bipolar seja feito nesta população, levando a insucessos terapêuticos, prolongamento do sofrimento e aumento do risco de refratariedade terapêutica ou ausência de resposta aos remédios disponíveis.

Muitos dos candidatos à cirurgia bariátrica apresentam uma tendência a regular emoções desagradáveis ou aversivas com alimentos palatáveis. Isso acontece porque processos neurobiológicos relacionados à autorregulação, incluindo a capacidade de controlar impulsos alimentares são fortemente influenciados pelas emoções.

Transtornos por Uso de Substâncias

Pacientes que se candidatam à cirurgia bariátrica, assim como seus familiares, costumam temer que o tratamento cirúrgico da obesidade possa precipitar um aumento do consumo de bebidas alcoólicas ou até mesmo um quadro de dependência de álcool ou de outras substâncias passíveis de abuso e dependência.

Suas preocupações têm origem na semelhança existente entre a relação que muitos pacientes com obesidade acabam tendo com a comida com aquela que dependentes químicos têm com o álcool ou outras substâncias. Portanto, como “dependentes de comida”, pessoas com obesidade (ou pelo menos algumas delas), após terem sido

operadas, teriam maiores chances de trocarem sua dependência a alimentos calóricos ou palatáveis por outras substâncias, particularmente o álcool.

Todavia, a existência de dependência à comida é um conceito um tanto controverso. Até mesmo os especialistas no assunto se dividem entre aqueles que admitem a existência da dependência de comida e aqueles que não a admitem.

Os últimos argumentam que ainda não foi identificada uma substância presente nos alimentos que, como o álcool ou a cocaína ou a nicotina, atuem diretamente em áreas cerebrais sabidamente relacionadas ao processamento do prazer, da recompensa e da motivação.

É importante que todos os profissionais de saúde mental trabalhando com pacientes com obesidade sejam treinados no diagnóstico das dependências. Os elementos diagnósticos cardinais de qualquer dependência incluem a saliência, a modificação do humor, a tolerância, a abstinência, o conflito e as recaídas (16).

A saliência diz respeito ao fenômeno de que uma substância ou um comportamento aditivo como jogar ou comprar passam a ter prioridade na vida do sujeito. Pessoas com dependências químicas ou comportamentais procuram modificar seu humor, seja pela indução de afetos agradáveis, seja pela fuga de afetos desagradáveis. Portanto, substâncias químicas, assim como comportamentos aditivos, atuam como reguladores de emoções. Tolerância, um mecanismo derivado da excessiva exposição do organismo a uma substância, refere-se à diminuição dos efeitos esperados após repetida exposição a ela, sendo necessários aumentos progressivos do consumo, a fim de garantir os efeitos desejados. Abstinência, por sua vez, é um termo que define sinais e sintomas surgindo quando uma substância utilizada sistematicamente é abruptamente descontinuada. Praticamente todos os dependentes químicos têm algum conflito em uma ou mais esferas de suas vidas, seja consigo mesmos, seja com familiares, sejam com colegas de trabalho. Todos estes pacientes eventualmente tentam, sem sucesso, interromper o consumo da substância ou o engajamento em um comportamento aditivo, o que caracteriza as recaídas. Identificar tais componentes cardinais em um paciente é o primeiro passo para o diagnóstico de dependência química/comportamental.

Eles devem ser ativamente investigados pelos profissionais de saúde mental avaliando candidatos à cirurgia bariátrica, na medida em que pacientes que os apresentam têm maiores riscos de terem seus problemas agravados no período pós-operatório. Isso sem falar que pacientes bariátricos com problemas relacionados ao uso de álcool acabam perdendo peso aquém do desejado e podem, inclusive, desenvolver recidiva da obesidade após a cirurgia.

A relação entre uso/abuso de álcool e cirurgia bariátrica é um tema bastante debatido em rodas leigas e estudado por pesquisadores respeitadas. Apesar disso, ele é ainda considerado bastante controverso, principalmente por conta da grande variedade metodológica dos estudos atualmente disponíveis.

Estes estudos variam não somente em relação aos desenhos experimentais, tamanhos de amostras, duração do seguimento dos pacientes estudados, tipos de procedimento cirúrgico adotados, mas também em relação às definições operacionais que adotam para definir os problemas relacionados ao álcool (17).

Apesar das controvérsias, os estudos atuais parecem concordar em alguns achados: as taxas de problemas relacionados ao uso de álcool certamente aumentam em certos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. O fenômeno parece acontecer mais frequentemente após o bypass gástrico do que após a banda gástrica ajustável.

Fatores preditivos de uso problemático de álcool em pacientes bariátricos incluem ser do sexo masculino, jovem, fumante, com histórico de uso regular de álcool, uso problemático de álcool antes da cirurgia, baixo suporte social (17, 18, 19) com histórico de uso recreativo de outras substâncias psicoativas (19).

Alterações fisiológicas pós-operatórias podem estar por trás de mudanças na vulnerabilidade dos pacientes bariátricos ao uso problemático de álcool. Por exemplo, estudos mostraram que a farmacocinética do álcool muda após o bypass gástrico, fazendo com que ele seja mais rapidamente absorvido e, portanto, necessite menores intervalos de tempo para atingir a concentração alcoólica máxima, bem como que ele seja eliminado mais lentamente (18). Os estudos sobre o uso de outras substâncias em pacientes bariátricos são mais escassos do que os relacionados ao uso de álcool.

Evidências prospectivas obtidas a partir de uma coorte multicêntrica com mais de dois mil pacientes (20) submetidos ao bypass gástrico ou à banda gástrica ajustável, sugerem que a prevalência de uso regular de álcool costuma dobrar sete anos após ambos os procedimentos, ao passo que a prevalência de uso problemático de álcool aumenta substancialmente apenas após o bypass.

Poucos estudos avaliaram os desfechos relacionados ao uso de outras substâncias mais de dois anos após a cirurgia. Histórico de uso de antidepressivos e de hospitalização psiquiátrica são variáveis psiquiátricas associadas a um risco aumentado de uso de substâncias após a cirurgia bariátrica (20). Pacientes que começam a fazer uso problemático de álcool têm risco aumentado para uso de outras substâncias, assim como o início do uso de uma substância ilícita aumenta as chances de uso problemático de álcool, o que sugere que ambas as condições compartilhem fatores causais.

Dependências são fenômenos comportamentais complexos, que envolvem variáveis biológicas, genéticas e psicológicas. Toda esta complexidade precisa ser adequadamente avaliada em candidatos à cirurgia bariátrica, a fim de se detectar fatores de risco para desfechos comportamentais indesejáveis, como o uso indevido de álcool e outras substâncias em indivíduos operados. A maioria dos pacientes que avaliamos omite problemas associados ao consumo de álcool e até mesmo os nega nas entrevistas pré-operatórias. Muitos pacientes não o fazem de forma mal-intencionada. Estes pacientes podem não ter noção de que seu comportamento é problemático e encaram seu consumo de álcool como algo normal. Afinal de contas, o uso de etílicos é muito tolerado nas sociedades contemporâneas e, muitas vezes, até incentivado, particularmente em indivíduos mais jovens.

Os dados disponíveis atualmente não permitem afirmar que a cirurgia bariátrica “crie” casos novos de dependência de álcool ou de outras substâncias, uma vez que a maioria dos pacientes que desenvolve tais condições após terem sido operados já apresentavam algum problema associado ao consumo de substâncias antes da cirurgia.

Profissionais de saúde mental envolvidos com a atenção a esta clientela precisam estar dispostos não somente a investigar ativamente os sinais comportamentais cardinais dos

comportamentos aditivos, mas também a fazê-lo de forma empática, pois é necessário construir um bom vínculo terapeuta-paciente para que os pacientes se sintam à vontade para discutirem de forma realista suas dificuldades relacionadas ao uso de álcool e outras substâncias.

Em alguns casos pode ser bastante produtivo convidar um familiar do paciente que acreditamos ter algum risco de exacerbação pós-operatória de uso de substâncias, a fim de obter informações adicionais sobre aquele paciente, bem como de criar, junto desta terceira pessoa, um elo a mais no enfrentamento das eventuais dificuldades que podem surgir. Elas incluem, por exemplo, ter de adiar um pouco mais o procedimento cirúrgico, para que um paciente de risco possa ser tratado e adequadamente orientado, ou ter de iniciar um tratamento mais agressivo para o uso problemático de álcool ocorrendo após a cirurgia. Não custa lembrar que o paciente deve concordar com este convite, bem como que a recusa em aceitar tal sugestão pode sugerir alguma minimização dos hábitos de consumo de álcool.

Atenção Psiquiátrica Pós-Operatória ao Paciente Bariátrico

Vinte por cento dos pacientes bariátricos perdem menos do que metade do excesso de peso após a cirurgia, a maioria destes casos ocorre por conta de problemas psicológicos e psiquiátricos como depressão, ansiedade e comportamentos alimentares disfuncionais e/ou traços de personalidade favorecendo comportamentos impulsivos (21).

O seguimento psiquiátrico, assim como o acompanhamento multiprofissional em geral, deve ser sistemático, isto é, ele deve acontecer de forma recorrente e consistente ao longo do tempo. A frequência das consultas psiquiátricas para um paciente que fez a cirurgia bariátrica varia de paciente para paciente. Por exemplo, um paciente em uso de antidepressivos precisará de uma frequência maior às consultas psiquiátricas no início de seu tratamento do que após um bom tempo de estabilização sintomática. Pacientes com uma condição psiquiátrica em tratamento antes da cirurgia devem, logicamente, continuar o seu tratamento após terem sido operados. Transtornos psiquiátricos graves não são, necessariamente, contraindicações para a cirurgia bariátrica; pelo contrário, alguns casos melhoram a resposta terapêutica após a cirurgia, na medida em que a obesidade modifica a apresentação clínica e complica a evolução de alguns transtornos psiquiátricos como a depressão (14).

Traços de personalidade relacionados à impulsividade frequentemente costumam estar por trás de comportamentos alimentares disfuncionais que aumentam as chances de resultados ruins, como perda de peso aquém do desejado e recidiva da obesidade. De maneira geral, pessoas com uma capacidade razoável de autorregulação costumam ter melhores desfechos cirúrgicos, independentemente da presença de um diagnóstico psiquiátrico e até mesmo de um transtorno de personalidade (22).

A autorregulação, em um sentido amplo, envolve processos psicológicos relacionados ao controle do próprio comportamento, emoções, impulsos e pensamentos, visando objetivos distais e adequação a normas sociais. Espera-se que indivíduos saudáveis sejam capazes de se comportar de maneira socialmente aceitável, bem como de adotar estratégias bem-sucedidas de regulação de emoções e outras vivências emocionais aversivas. Muitas pessoas acabam lançando mão de estratégias de autorregulação pouco

adaptativas, como o comer emocional e o vício em comida, que são estratégias inadequadas de minimizar a intensidade de minimizar emoções desagradáveis através do consumo de alimentos calóricos.

Atualmente, programas psicoterapêuticos com foco na autorregulação têm sido cada vez mais estudados em populações de indivíduos com obesidade e em pacientes bariátricos, a fim de, respectivamente, melhorar os resultados de programas de mudanças de hábitos e de diminuir a frequência de desfechos cirúrgicos indesejáveis, como a recidiva da obesidade.

Muitos pacientes com obesidade grave têm transtornos psiquiátricos comórbidos e fazem uso de psicofármacos. Boa parte dos fármacos empregados no tratamento de transtornos psiquiátricos favorecem o ganho de peso, como muitos antidepressivos, estabilizadores de humor e o carbonato de lítio.

Embora extremamente importantes para garantir a qualidade de vida e a saúde mental de indivíduos sofrendo de transtornos psiquiátricos, muitos destes agentes podem colocar em risco os resultados do tratamento cirúrgico da obesidade, uma preocupação constante de profissionais de uma equipe multidisciplinar de cirurgia bariátrica.

Tais profissionais muitas vezes se veem numa encruzilhada, em que a manutenção de um determinado remédio em um paciente operado poderá dificultar a perda de peso, mas que sua troca poderá aumentar o risco de uma desestabilização de um quadro depressivo ou ansioso, por exemplo.

Sempre que uma substituição medicamentosa for possível, ela deveria ser feita, desde que não prejudique a evolução do transtorno psiquiátrico de base. Mas nem sempre isso é simples. Um exemplo importante é o que acontece com pacientes bipolares em uso de carbonato de lítio. O lítio é o padrão ouro para o manejo de algumas formas (severas) de bipolaridade e há tempo se sabe que sua suspensão abrupta pode aumentar a gravidade deste transtorno acima do que ocorreria se a doença evoluísse naturalmente. Pacientes bipolares estabilizados há muito tempo em uso de lítio podem ter graves prejuízos se a lítoterapia for interrompida; além disso, estes pacientes podem não encontrar uma estabilização semelhante quando tratados com outros estabilizadores do humor. Portanto, em casos como estes, onde não se recomenda a suspensão ou a substituição de um psicofármaco potencialmente obesogênico, é preciso reforçar ainda mais toda estratégia que auxilie o paciente a modificar hábitos de vida, para diminuir ao máximo, quaisquer riscos de recidiva da obesidade após a cirurgia bariátrica.

Não se sabe ao certo porque alguns psicofármacos como o lítio, o valproato, a olanzapina, a clozapina e antidepressivos tricíclicos favorecem o ganho de peso. Contraindicar a cirurgia para todos os pacientes estabilizados com estas substâncias, normalmente utilizadas para quadros psiquiátricos mais graves, equivaleria a condená-los a sofrer de todas as complicações metabólicas da obesidade, isso sem falar do impacto negativo que a obesidade tem sobre o tratamento destes quadros, como o aumento das taxas de refratariedade terapêutica e de comorbidades psiquiátricas (14). Mecanismos gerais influenciando o peso durante o tratamento psicofarmacológico incluem fatores relacionados aos transtornos psiquiátricos, fatores relacionados à melhora destes transtornos e fatores relacionados especificamente ao fármaco (23). Como alguns transtornos psiquiátricos cursam com perda de peso (por exemplo, a depressão

melancólica, a ansiedade e a anorexia), o ganho associado à psicofarmacoterapia simplesmente refletiria o restabelecimento do peso normal.

Por outro lado, alguns transtornos relacionam-se a ganho ponderal, como a esquizofrenia, a depressão atípica e o transtorno bipolar; nestes casos, o ganho de peso seria mais uma função da psicopatologia do que do tratamento farmacológico. Com muita frequência, o aumento de peso induzido por psicofármacos é precedido de um aumento súbito do desejo por alimentos calóricos, um reflexo da interferência de alguns psicofármacos em sistemas centrais de regulação do apetite. Alguns antidepressivos, como os tricíclicos, podem alterar a taxa de gasto energético em repouso, precipitando o ganho de peso (23).

O seguimento pós-operatório de pacientes bariátricos portadores de quadros psiquiátricos severos que exijam o uso de psicofármacos com risco de ganho de peso associado é um desafio até mesmo para profissionais mais experientes, exigindo uma forte aliança terapêutica entre o psiquiatra e o paciente, o que costuma ajudar na perda consistente de peso à custa de medidas baseadas em mudanças de hábitos e suporte psicossocial.

Outro grande desafio encontrado por terapeutas de pacientes bariátricos é garantir a adesão ao tratamento multidisciplinar pós-operatório. A baixa adesão ao seguimento pós-operatório de cirurgia bariátrica é amplamente reconhecida e alguns fatores demográficos têm sido identificados como preditivos de adesão. Dentre eles, idade maior de 25 anos, estar empregado, ter apneia obstrutiva crônica (24), ter menos traços fóbico-sociais, menores níveis de hostilidade, morar mais próximo do serviço de cirurgia bariátrica (25) e frequência regular às consultas pré-operatórias (26).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta de enfrentamento do excesso de peso e da obesidade requer ação de diversos setores da sociedade e não apenas do setor de saúde, em especial da Saúde Suplementar. Essa publicação tratou do cuidado do excesso de peso e da obesidade na busca da melhoria da qualidade de vida dos beneficiários de planos de saúde e da sustentabilidade de todo o setor, em uma só estratégia para o seu enfrentamento.

Buscou-se apontar para a necessidade da mudança de modelo assistencial em direção a um modelo de atenção voltado para a coordenação do cuidado centrado na necessidade do indivíduo. Procurou-se trazer alguns esclarecimentos, parâmetros e orientações sobre a temática referente ao excesso de peso e à obesidade, entretanto, não se propõe esgotar o tema, sendo certa a necessidade do desdobramento das discussões e orientações a serem aplicadas na saúde suplementar.

Para tanto, foram reunidas sugestões e orientações com base em evidências científicas, que apontam para a integração entre procedimentos de prevenção e cuidado da obesidade, por meio de uma abordagem multiprofissional e transdisciplinar. Ressaltou-se a importância do acompanhamento dos dados antropométricos além de recomendações nutricionais e de práticas de atividades físicas fundamentais no suporte do enfrentamento do excesso de peso e da obesidade no âmbito da Saúde Suplementar.

Entretanto, para transformar a realidade é preciso que as Diretrizes e Recomendações de fato sejam adequadamente implementadas, atingindo seu objetivo. As recomendações para as mudanças nos hábitos de vida devem ser graduais e prazerosas, respeitando a

individualidade de cada um. A obesidade é resultado de uma complexa combinação de fatores biológicos, comportamentais, socioculturais, ambientais e econômicos.

Portanto, na abordagem individual recomenda-se ampliar o olhar para o contexto socioeconômico e cultural, adaptando recomendações e estratégias de implementação customizadas.

A Educação em Saúde é fundamental para adesão a hábitos de vida saudáveis, e é preciso que os profissionais de saúde traduzam o conhecimento como forma de reduzir a lacuna entre as melhores evidências científicas e o “fazer” na Saúde. É um processo dinâmico, transparente e sistemático, que inclui a síntese, disseminação e intercâmbio das melhores evidências científicas no processo de decisão clínica, gerencial ou individual.

Essa publicação busca sintetizar os primeiros debates desenvolvidos no âmbito do Grupo Técnico Multidisciplinar para o Enfrentamento do Excesso de Peso e Obesidade na Saúde Suplementar. Tendo como objetivo pautar o tema na agenda das políticas para o setor em consonância com as diversas iniciativas que vêm sendo desenvolvidas pelos atores da sociedade brasileira.

Anexos

Nestes anexos incluímos exemplos de Linhas de Cuidado do manejo do sobrepeso e da obesidade adotados na Saúde Suplementar. Itens já contemplados no manual, como por exemplo, a abordagem medicamentosa e cirúrgica, foram suprimidos do material enviado pelas operadoras, optamos por incluir neste anexo o detalhamento da jornada do paciente.

Anexo 1

Saúde Petrobras

LINHA DE CUIDADO DA PESSOA COM SOBREPESO E OBESIDADE

INTRODUÇÃO

O acompanhamento de pacientes com sobrepeso ou obesidade deve ser baseado nas melhores evidências científicas, considerando a complexidade e individualidade de cada paciente, além de ir além das abordagens reducionistas como "comer menos e fazer mais exercícios".

AValiação

A oferta de ações de cuidado ao paciente com sobrepeso ou obesidade deve ser pautada em abordagens que visem contribuir para a redução do estigma e ampliar o acesso às práticas de saúde por esses indivíduos. Na abordagem inicial com um paciente que aceitou iniciar um plano de cuidado com foco em mudanças de estilo de vida devido ao sobrepeso ou obesidade, faz-se necessário saber ouvir de forma

qualificada, criar vínculo, conhecer o indivíduo em sua singularidade, explorar suas vontades, prioridades e sua trajetória com o peso.

Durante a abordagem da pessoa com sobrepeso e obesidade, os primeiros dados objetivos que serão obtidos durante o exame físico do paciente serão o peso e a estatura para o cálculo do Índice de Massa Corpórea e a circunferência abdominal. Também deve-se aferir a medida da pressão arterial e fazer um exame físico direcionado caso haja suspeita clínica de comorbidades. A seguir estão as classificações do peso corporal conforme o Índice de Massa Corpórea (IMC) e a Circunferência abdominal (CA) para adultos:

Índice de Massa Corpórea (IMC)		Circunferência abdominal (CA)		
Abaixo do peso	<18,5		Homem	Mulher
Eutrofia	18,5-24,9	Desejável	<94	<80
Sobrepeso	25-29,9	Alto	94-102	80-88
Obesidade I	30-34,9	Muito alto	>102	>88
Obesidade II	35-39,9			
Obesidade III	≥40,0			

Embora o IMC seja muito usado para avaliar e classificar o sobrepeso e a obesidade e um método eficaz em análises populacionais, ele não é uma ferramenta muito precisa para identificar as complicações e pode não ser suficiente para determinar o risco individual no contexto clínico. A circunferência abdominal, apesar de ser um fator de risco cardiovascular independente, não é um bom preditor de gordura visceral nas avaliações individuais. Avaliar os dois parâmetros conjuntamente parece ser uma forma mais adequada, principalmente nos indivíduos com IMC mais baixo. Além dessas medidas, é preciso coletar uma história abrangente, exame físico apropriado e investigações laboratoriais relevantes.

Quando falamos da medição da circunferência da cintura, estamos nos referindo à posição da fita métrica para circunferência da cintura (abdominal) em adultos. Para medir a circunferência da cintura, localize o osso do quadril superior e o topo da crista ilíaca direita. Coloque uma fita métrica em um plano horizontal ao redor do abdômen no nível da crista ilíaca. Antes de ler a fita métrica, certifique-se de que a fita está bem ajustada. A medição é feita no final de uma expiração normal.

Para além do olhar de classificação do IMC e estabelecimento de metas exclusivamente voltado para normalizar o peso, novos estudos e propostas tem surgido com o objetivo de evidenciar a importância de acompanhar a evolução do paciente e compará-lo com ele mesmo. Um exemplo, é a nova proposta de classificação da obesidade publicado pela Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabolismo (SBEM) e a Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica (ABESO), em que nesse documento as sociedades médicas propõem uma classificação para obesidade usando o peso máximo alcançado na vida (MWAL, ou peso mais alto de todos os tempos) e a porcentagem de perda de peso alcançada para orientar o manejo clínico e as decisões individuais. Esse conceito de classificação proposta também pode ajudar a disseminar ainda mais o conceito simples, mas subestimado, dos benefícios para a

saúde da perda de peso clinicamente alcançável e destacar a importância de obter um histórico preciso da trajetória do peso do indivíduo durante a avaliação e tratamento da obesidade e distúrbios relacionados.⁹

Nesta classificação, os indivíduos que perdem uma proporção específica de peso são classificados como tendo obesidade “reduzida” ou “controlada”. Para a classificação, este valor de peso máximo atingido na vida (MWA) deve ser considerado para o primário diagnóstico baseado na classificação original da obesidade (Classe I, 30,0-34,9 kg/m²; Classe II, 35,0-39,9 kg/m²) seguido dos termos “inalterado” (se próximo de o MWAL), “reduzido” (se 5%-10% da perda de peso for alcançado) ou “controlado” (se pelo menos 10% do peso perda é alcançada). A porcentagem de perda de peso (em 5% decrementos) também devem ser identificados. Para indivíduos com valores de IMC entre 40-50 kg/m², propomos que o termo “controlado” deve ser aplicado se o a perda de peso alcançada é superior a 15%, “reduzida” se entre 10%-15% e “inalterado” se for inferior a 10%. Segue a classificação proposta de obesidade “reduzida” e “controlada” com base no índice de massa corporal (IMC) máximo:

IMC Máximo	Inalterado	Reduzido	Controlado
30-40 kg/m ²	<5%	5-9.9%	>10%
40-50 kg/m ²	<10%	10-14.9%	>15%

Fonte: Obesity classification based on weight history, 2022.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

O critério de inclusão leva em consideração não somente o peso do paciente, mas também a correlação com a gordura abdominal através do parâmetro da circunferência abdominal, com o objetivo de acompanhamento mais próximo com paciente que possa apresentar risco aumentado à saúde beneficiando-se de suporte para mudanças de estilo de vida com o apoio do time de saúde.

Critério de inclusão:

Pessoas a partir de 14 anos com escore Z do IMC maior que +2

Pessoas a partir de 18 anos com $IMC \geq 27 \text{ Kg/m}^2 + CA \geq 80 \text{ cm}$ (sexo feminino) ou $\geq 94 \text{ cm}$ (sexo masculino)

ESTIGMA E IMAGEM CORPORAL

O conceito de estigma relacionado ao sobrepeso e obesidade é um problema social que causa danos significativos tanto físicos quanto psicológicos aos indivíduos que sofrem com o excesso de peso. O estigma pode ser descrito como um rótulo social que é atribuído às pessoas que apresentam características consideradas inadequadas pela sociedade. A estigmatização ocorre quando são observadas características que fogem do padrão estabelecido pela cultura, que valoriza o corpo magro e menospreza o corpo da pessoa obesa. O sobrepeso e a obesidade são vistos como uma condição indesejada e desqualificada, associada à falta de controle e desleixo, enquanto o corpo magro é associado

a hábitos saudáveis e disciplina. O estigma relacionado à obesidade leva à associação entre o excesso de peso e a falta de hábitos saudáveis, o que acaba culminando em um sentimento de culpa por parte da pessoa obesa.

A estigmatização do peso, ao contrário da noção social de que o estigma pode motivar comportamentos saudáveis, aumenta o risco de obesidade através de múltiplas vias obesogênicas como estresse emocional negativo, evitação da atividade física e comportamentos alimentares pouco saudáveis.

O estigma de peso durante os atendimentos pode reduzir a qualidade do cuidado para pacientes que vivem com obesidade. Para reduzir esse problema, é fundamental que os provedores reflitam continuamente sobre suas próprias atitudes e comportamentos com as pessoas que vivem com obesidade.

- Os profissionais de saúde devem avaliar suas próprias atitudes e crenças em relação à obesidade e refletir sobre como elas podem influenciar a prestação de cuidados;
- Os profissionais de saúde devem reconhecer quando o estigma internalizado (preconceito em relação a si mesmo) nas pessoas que vivem com obesidade afeta os resultados comportamentais e de saúde.
- Os profissionais de saúde devem evitar palavras, imagens e práticas de julgamento ao trabalhar com pacientes que vivem com obesidade.
- Os profissionais de saúde não devem inferir com base apenas em suposições que uma doença ou queixa apresentada por um paciente está relacionada ao seu peso corporal.

A imagem corporal é a percepção que uma pessoa tem do seu próprio corpo, influenciada por fatores sociais, culturais e emocionais. Especificamente para as mulheres, a busca por um corpo magro, muitas vezes abaixo dos padrões saudáveis, pode levar a restrições alimentares, exercícios excessivos e sofrimento psicológico. A mídia desempenha um papel crucial nesse processo, ao promover padrões de beleza inatingíveis e reforçar a pressão para se encaixar nesses ideais. A exposição constante a essas representações midiáticas contribui para a comparação entre o corpo real e o corpo idealizado, resultando em baixa autoestima e insatisfação com a imagem corporal. A alimentação também está envolvida nesse contexto, carregando significados culturais e sociais, e afetando a relação das mulheres com seus corpos. Os profissionais de saúde devem então trabalhar e desconstruir a pressão estética disseminada pela mídia/ cultura com os pacientes e escutar os sofrimentos envolvidos.

MANEJO

O nível da intervenção a qual o paciente terá indicação poderá ser definido conforme resumo da tabela abaixo:

IMC	Circunferência abdominal			Comorbidades
	Desejável	Aumentada	Muito alta	Presente
Sobrepeso	1	2	2	3
Obesidade I	2	2	2	3
Obesidade II	3	3	3	4
Obesidade III	4	4	4	4

Níveis de intervenção para a pessoa com sobrepeso e obesidade	
1	Oferecer aconselhamento para mudança do estilo de vida
2	Mudança de hábitos alimentares acompanhada por nutricionista, e prática de atividade física
3	Mudança de hábitos alimentares acompanhada por nutricionista, e prática de atividade física. Considerar terapia farmacológica associada
4	Mudança de hábitos alimentares acompanhada por nutricionista, e prática de atividade física. Considerar terapia farmacológica associada. Considerar cirurgia bariátrica.

Fonte: Elaboração própria, adaptação das recomendações ^{3,9,10,11}.

Além das medidas já mencionadas, deve-se fazer uma avaliação abrangente da pessoa com sobrepeso e obesidade e as implicações do excesso de gordura corporal na saúde como um todo, e possíveis causas subjacentes (ainda que menos frequentes, podem possuir intervenção objetiva).

- Avalie a presença de comorbidades como diabetes mellitus tipo 2, hipertensão, doença cardiovascular, osteoartrite, dislipidemia e apneia do sono;
- Sempre avalie a presença de sofrimento psicossocial, conforme descrito na linha de cuidado de Saúde Mental. A ferramenta de cuidado que está em anexo deste protocolo também pode ser utilizada como auxílio na avaliação do sofrimento psíquico;
- Avalie a presença de comorbidades e uso de medicação que possam influenciar no ganho ou perda de peso;
- Avalie a história familiar de obesidade, bem como fatores socioculturais e ambientais.

Para pacientes nos níveis de intervenção 2 ou mais, a avaliação conjunta com o nutricionista irá auxiliar na mudança para um estilo de vida saudável, e quando critério existente o encaminhamento deve ser feito pelo médico de família. Para os pacientes no nível de intervenção 3 ou 4, o encaminhamento para o psicólogo também deve ser feito, além de considerado para os pacientes no nível 2 de intervenção. Pacientes com dores crônicas relacionadas à sobrecarga mecânica da coluna e articulações devem passar pela avaliação do fisioterapeuta.

O médico realizará as consultas de seguimento com intervalos variáveis a depender de fatores como a presença de comorbidades e a prescrição de medicações. O enfermeiro garantirá que a linha de

cuidado ocorra de maneira estruturada e organizada e irá monitorar o progresso do paciente em conjunto com os demais profissionais na coordenação do seu cuidado.

ABORDAGEM NÃO-FARMACOLÓGICA

Para tratar e cuidar dessas pessoas, sugere-se um cuidado multidisciplinar adequado, integral e longitudinal, por meio de abordagens individuais, coletivas e transversais. No processo de cuidado, devem ser considerados os determinantes e condicionantes do sobrepeso e da obesidade, sem culpabilização, estigmatização e discriminação da pessoa ou sua família.

No aconselhamento para mudanças no estilo de vida, o profissional deve adotar várias estratégias, tais como: aumentar o conhecimento, habilidades e confiança dos indivíduos para uma vida mais ativa e saudável; elogiar sucessos, mesmo que pequenos, para encorajar o processo de mudança de comportamento; e estabelecer metas realistas e atingíveis, focando em resultados além da perda de peso, como aumento da atividade física, mudanças no comportamento alimentar, percepção de saúde, qualidade de vida e capacidade funcional.

O aconselhamento para a mudança de comportamento deverá seguir as seguintes estratégias, para promover a participação ativa e engajamento do paciente:

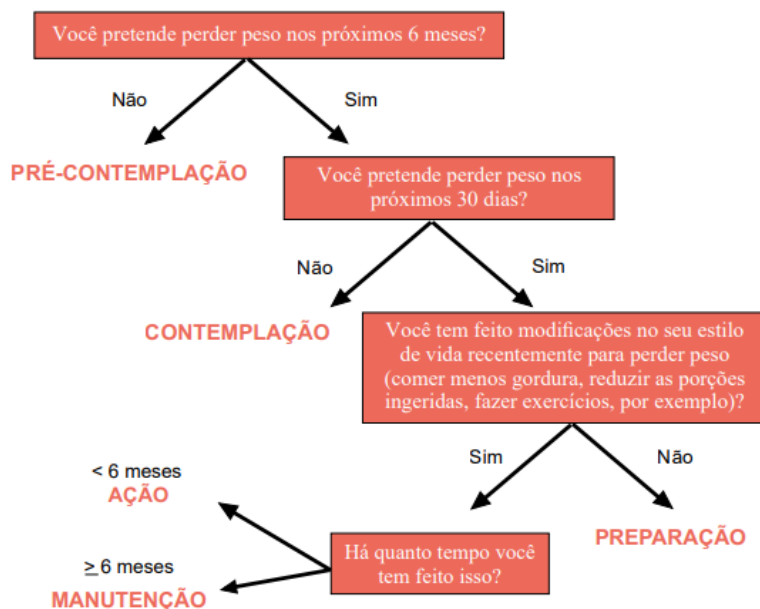
Automonitoramento do comportamento	Controle de estímulos
Estabelecimento de metas	Reduzir a velocidade das refeições
Garantir suporte social	Resolução de problemas
Restruturação cognitiva	Reforço positivo das mudanças
Prevenção de recaídas	Estratégias para lidar com o reganho

Fonte: Quadro adaptado das intervenções psicológicas e comportamentais eficazes no controle da obesidade da diretriz obesidade em adultos: uma diretriz de prática clínica.¹

A motivação para realizar uma mudança é interna e pessoal, mas pode ser influenciada por fatores externos - abordagem da equipe de saúde. Para garantir efetividade em uma intervenção que visa mudar comportamentos, é necessário considerar o estágio motivacional em que a pessoa se encontra. Nesse sentido, profissionais de saúde devem reconhecer em qual estágio o indivíduo se encontra e adotar as estratégias mais adequadas para promover a transição para o próximo estágio. Em estágios iniciais, como pré-contemplação e contemplação, abordagens motivacionais e grupos operativos são as mais indicadas. Já na fase de planejamento e ação, é necessário apoiar a construção de planos de ação, monitoramento e resolução de problemas. Na fase de manutenção, é importante apoiar a sustentação das mudanças já efetivadas e desenvolver habilidades para lidar com situações de risco e lidar com deslizes e recaídas.

É possível que nem todos os pacientes, no momento da avaliação clínica, estejam motivados para iniciar esforços que levem a uma perda de peso bem-sucedida. Durante a abordagem ao paciente, avaliar

o estágio motivacional e classificar conforme os estágios motivacionais de Prochaska e DiClemente. No caderno de atenção básica nº38 - Estratégias Para O Cuidado Da Pessoa Com Doença Crônica Obesidade, há uma adaptação de Hawkins, Hornsby e Schorling feita em 2001, e por Chang em 2007, que permite identificar os estágios de mudança em relação à perda de peso.



Pilar alimentação saudável

A alimentação e o estado nutricional das pessoas são elementos que podem atravessar de alguma forma a prática de todos os profissionais de saúde, independentemente da categoria, especialmente se suas práticas de atenção à saúde ocorrerem a partir da perspectiva da clínica ampliada. Ou seja, ainda que nutricionistas sejam os profissionais com formação técnica especializada em Alimentação e Nutrição, toda a equipe de APS precisa desenvolver capacidade de comunicação sobre alimentação para praticar um diálogo com escuta qualificada e sem julgamentos, sensível às diferentes formas de saberes e práticas, com reconhecimento das singularidades das experiências das pessoas para construção compartilhada de melhores formas de enfrentar dificuldades e sofrimentos relacionados à alimentação.

O Guia Alimentar para a População Brasileira propõe dez passos para uma alimentação adequada e saudável, que consiste em ações que vão além da mudança no perfil de consumo de alimentos. Esses passos contribuem para que o indivíduo tenha mais atenção na alimentação e nas diferentes etapas envolvidas no processo, desde o consumo de informações sobre os alimentos, até o momento da refeição. Este guia se constitui como instrumento para apoiar e incentivar práticas alimentares saudáveis no âmbito individual e coletivo, de fácil entendimento para população e profissionais de saúde, reforçando assim a importância de todos os profissionais do time de saúde incorporarem na sua prática o estímulo a adoção de um estilo de vida mais saudável e escolhas alimentares mais adequadas àqueles pacientes que estão dispostos a iniciar mudanças do estilo de vida.

Os dez passos, são:

- 1- Fazer de alimentos in natura 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, com companhia
- 6- Fazer compras em locais que ofertem variedades de alimentos in natura 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 servem refeições feitas na hora
- 10- Ser crítico quanto a informações, orientações e mensagens sobre alimentação veiculadas em propagandas comerciais

Pilar atividade física

Pensando em um estilo de vida saudável, a prática de exercício físico é recomendada pela Organização mundial da saúde (OMS) para que adultos e idosos façam 150 minutos semanais de atividade física de intensidade moderada ou 75 minutos de atividade vigorosa por semana. Ainda são recomendadas atividades de fortalecimento muscular com intensidade moderada ou maior, que envolva todos os principais grupos musculares em dois ou mais dias da semana, para benefícios adicionais à saúde. Para suporte nas orientações e estabelecimento de pequenas metas de mudança de comportamento com os pacientes, os profissionais podem basear-se no Guia de Atividade Física para População Brasileira do Ministério da Saúde.²⁰ Pessoas que não conseguem acumular os minutos de atividade física recomendados pela OMS são consideradas inativas fisicamente. Benefícios adicionais como diminuição de risco de mortalidade por qualquer causa e diminuição de pressão arterial podem ser adquiridos para tempos semanais maiores quando associados a outras medidas de controle do sobrepeso e da obesidade.

3.2 ABORDAGEM FARMACOLÓGICA e ABORDAGEM CIRÚRGICA (vide capítulo do manual da ANS)

JORNADA DO PACIENTE COM SOBREPESO E OBESIDADE

O cuidado da pessoa com sobrepeso ou obesidade se inicia com a permissão do paciente para falar sobre o assunto. Quando o profissional de saúde pergunta se está tudo bem abrir uma discussão a respeito do peso antes de impor medidas a serem seguidas, há maior adesão, melhora da confiança, do

vínculo e demonstração da empatia. A partir do momento em que há concordância em prosseguir com a abordagem, a história deverá ser coletada, levando em consideração os objetivos e expectativas dos pacientes, a classificação pelo IMC e circunferência abdominal.

A partir dessa avaliação o plano terapêutico será elaborado, envolvendo sempre abordagem nutricional e de incentivo à prática de atividade física, mas também podendo envolver tratamentos farmacológicos, psicológicos (TCC, higiene do sono ou psicoterapia).

A partir do plano terapêutico serão definidas e pactuadas as abordagens do time de saúde com o paciente e o número de avaliações com cada profissional.

Profissional	Atribuições e Responsabilidades	Periodicidade
MFC	-Atender pacientes inseridos na Linha de Cuidado da pessoa com Sobrepeso e Obesidade, -Coordenar cuidado, -Auxiliar no gerenciamento dos grupos e de outras atividades de educação em saúde.	Sobrepeso e Obesidade: -Consultas: mínimo semestral; -Educação em saúde: bimensal -Coordenação do Cuidado: diariamente.
Enfermagem	-Atender as pessoas inseridas na Linha de Cuidado da pessoa com Sobrepeso e Obesidade; -Coordenar o cuidado das pessoas inseridas na Linha de Cuidado; -Atuar como profissional de referência para as pessoas incluídas no processo de gestão de caso; -Auxiliar no gerenciamento dos grupos e de outras atividades de educação em saúde.	Sobrepeso e Obesidade: -Consultas: mínimo semestral -Educação em saúde: bimensal -Coordenação do Cuidado: diariamente
Nutrição	-Atender pacientes inseridos na linha de cuidado que aceitem iniciar/manter mudanças no estilo de vida e alimentação; - Coordenar cuidado; -Auxiliar no gerenciamento dos grupos e demais atividades de educação em saúde e educação permanente com os profissionais da equipe; - Protagonismo no suporte técnico-pedagógico com equipe.	Sobrepeso: Anual ou conforme necessidade identificada e discutida pela equipe (comorbidades associadas e descompensadas, transtornos alimentares, dificuldade de manejo, etc) Obesidade: No mínimo trimestral
Psicologia	Atender pacientes inseridos na Linha de Cuidado da pessoa com Sobrepeso e Obesidade que estejam em sofrimento psíquico conforme Linha de Cuidado de Saúde Mental (médio e alto risco)	Sobrepeso e Obesidade: -Conforme avaliação psicossocial e Linha de Cuidado de Saúde Mental
Farmácia	- Atender pacientes inseridos na Linha de Cuidado da pessoa com Sobrepeso e Obesidade que estejam em uso de medicamentos para tratamento da obesidade. - Coordenar o cuidado	Sobrepeso e Obesidade: - Conforme demanda do paciente. - Conforme necessidade identificada através da equipe multiprofissional.

	Auxiliar no gerenciamento dos grupos e de outras atividades de educação em saúde.	Conforme identificação do uso de medicamentos através da coordenação do cuidado.
Fisioterapia	Atender pacientes inseridos na Linha de Cuidado da pessoa com Sobrepeso e Obesidade que estejam com queixas osteomusculares, conforme linha de cuidado Osteomioarticular (desde o baixo risco ao alto)*	Sobrepeso e Obesidade: O contato com a equipe varia conforme patologia e queixa.

JORNADA DA PESSOA PRÉ E PÓS-BARIÁTRICA

Jornada pré-bariátrica:

- Acompanhamento regular com a equipe de saúde, de acordo com a frequência mínima de pelo menos 4 consultas com cada profissional: Médico de Família, Enfermeiro de Família, Endocrinologista, Nutricionista e Psicólogo.
- Antes da cirurgia, a preparação inclui redução de peso, controle da glicose e revisão de medicações em uso pelo paciente. A tomada de decisão compartilhada é fundamental, discutindo a necessidade e opções de tratamento cirúrgico.

Encaminhamento para Regulação da Operadora de Saúde:

- O relatório de encaminhamento para bariátrica deve conter: IMC; breve descrição do acompanhamento clínico longitudinal; risco cardiovascular; medicações; se há presença de doença cardiovascular, DM, HAS; Apneia, entre outras condições.
- A cirurgia será realizada em rede credenciada.

Jornada pós-bariátrica:

- É esperado acompanhamento mensal durante o primeiro ano após a realização da cirurgia bariátrica, além das consultas previstas com o cirurgião e/ou endocrinologista. Nesse sentido, sugere-se avaliação médica e de enfermagem bimensal, de forma intercalada, além do seguimento inicial mensal da nutrição e psicologia conforme acordado entre profissionais de saúde e paciente.
- A dieta pós-cirurgia bariátrica é dividida em quatro etapas progressivas: líquida, pastosa, branda e normal. Na fase líquida inicial, líquidos leves e sucos são introduzidos gradualmente, seguidos por purês na etapa pastosa. A terceira etapa (branda) inclui alimentos em pedaços, priorizando a mastigação adequada, e na última etapa (normal), alimentos crus são reintroduzidos.
- Uma avaliação mais ampla em saúde mental e abuso de álcool e drogas um ano após a cirurgia bariátrica é fundamental, pois esse período muitas vezes marca o fim da fase mais intensa de perda de peso, podendo suscitar sentimentos de frustração, angústia e tristeza nos pacientes.

Nesse momento, as expectativas podem não estar alinhadas com a realidade, levando a desafios emocionais.

- É essencial reconhecer que a dieta isoladamente pode não ser suficiente para atender todas as necessidades nutricionais. Logo, é importante suplementação nutricional (ex: B12 e Ferro), que deve ser empregada de maneira criteriosa e orientada por profissionais de saúde.

MANEJOS ESPECÍFICOS

CRIANÇAS

O termo criança compreende todos os indivíduos menores de 10 anos de idade, com diferentes parâmetros e orientações por faixas etárias. O referencial para classificar o estado nutricional de crianças menores de 5 anos e para as crianças de 5 a 10 anos incompletos. O índice mais utilizado para acompanhar o excesso de peso em crianças, na atenção básica, tem sido o Índice de Massa Corporal para idade, por expressar a relação entre o peso da criança e o quadrado da estatura, segundo a idade da mesma. É utilizado para identificar o excesso de peso em crianças e tem a vantagem de ser um índice utilizado em outras fases do curso da vida.^{33,34}

Critérios para classificação do estado nutricional de crianças:

VALORES CRÍTICOS		ÍNDICES ANTROPOMÉTRICOS						
		CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS INCOMPLETOS				CRIANÇAS DE 5 A 10 ANOS INCOMPLETOS		
		PESO PARA IDADE	PESO PARA ESTATURA	IMC PARA IDADE	ESTATURA PARA IDADE	PESO PARA IDADE	IMC PARA IDADE	ESTATURA PARA IDADE
< Percentil 0,1	< Escore-z -3	Muito baixo peso para a idade	Magreza acentuada	Magreza acentuada	Muito baixa estatura para a idade	Muito baixo peso para a idade	Magreza acentuada	Muito baixa estatura para a idade
≥ Percentil 0,1 e < Percentil 3	≥ Escore-z -3 e < Escore-z -2	Baixo peso para a idade	Magreza	Magreza	Baixa estatura para a idade	Baixo peso para a idade	Magreza	Baixa estatura para a idade
≥ Percentil 3 e < Percentil 15	≥ Escore-z -2 e < Escore-z -1	Peso adequado para a idade	Eutrofia	Eutrofia	Estatura adequada para a idade	Peso adequado para a idade	Eutrofia	Estatura adequada para a idade
≥ Percentil 15 e ≤	≥ Escore-z -1 e ≤							

Percentil 85	Escore-z +1				
> Percentil 85 e ≤ Percentil 97	> Escore- z +1 e ≤ Escore-z +2		Risco de sobrepeso	Risco de sobrepeso	Sobrepeso
> Percentil 97 e ≤ Percentil 99.9	> Escore- z +2 e ≤ Escore-z +3	Peso elevado para a idade	Sobrepeso	Sobrepeso	Peso elevado para a idade
> Percentil 99,9	> Escore- z +3		Obesidade	Obesidade	Obesidade grave

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.

Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN

Deve-se utilizar as referências específicas para essa população de acordo com as curvas da OMS. O acompanhamento das crianças com excesso de peso objetiva a manutenção do crescimento e da saúde da criança com ênfase na construção de hábitos saudáveis, sendo que as ações focadas nos pais tendem a ser mais efetivas.^{33,34}

Faz- necessário incluir as crianças no processo de cuidado, ouvindo-as e incluindo-as na construção das estratégias para manutenção ou recuperação de sua saúde por meio da alimentação, além de envolver a família nas atividades e orientações sobre alimentação adequada e saudável, uma vez que a criança aprende com o exemplo do seu lar.¹⁸

ADOLESCENTE

A adolescência é o período de transição entre a infância e a fase adulta, compreendido entre os 10 e 19 anos, caracterizada por intensas transformações biopsicossociais. As mudanças físicas e cognitivas dessa fase podem interferir com o comportamento alimentar e devem ser sempre consideradas no contexto da abordagem nutricional. Além disso, a adolescência também é uma fase de grande risco para transtornos alimentares, como compulsão alimentar, bulimia e anorexia. No acompanhamento clínico do adolescente, deve-se considerar a avaliação nutricional pela classificação abaixo. É importante considerar as diferenças de composição corporal entre os sexos e entre os estágios de maturação que afetam as necessidades nutricionais e o seu crescimento e desenvolvimento.^{33,34}

Classificação do estado nutricional de adolescentes (≥ 10 a < 19 anos)

VALORES CRÍTICOS	ÍNDICES ANTROPOMÉTRICOS PARA ADOLESCENTES	
	IMC PARA IDADE	ESTATURA PARA IDADE

< Percentil 0,1	< Escore-z -1	Magreza acentuada	Muito baixa estatura para a idade
≥ Percentil 0,1 e < Percentil 3	≥ Escore-z -3 e < Escore-z -2	Magreza	Baixa estatura para a idade
≥ Percentil 3 e < Percentil 15	≥ Escore-z e < Escore-z -1	Eutrofia	Estatura adequada para a idade
≥ Percentil 15 e ≤ Percentil 85	≥ Escore-z -1 e ≤ Escore-z +1		
> Percentil 85 e ≤ Percentil 97	> Escore-z 1 e ≤ Escore-z +2	Sobrepeso	
> Percentil 97 e ≤ Percentil 99,9	> Escore-z +2 e ≤ Escore-z +3	Obesidade	
> Percentil 99,9	> Escore-z +3	Obesidade grave	

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN na assistência à saúde. Brasília, 2008.

Algumas recomendações de abordagem: ^{17,18}

- Mapear os temas do momento sobre Alimentação e Nutrição que podem ser relevantes/interessantes para disparar discussões sobre alimentação saudável com os adolescentes no âmbito escolar.
- Estimular a comensalidade, orientando a reunião familiar durante as refeições sempre que possível como forma de promover a alimentação adequada e saudável.
- Incentivar o comer com atenção durante as refeições, evitando fazer o uso de telas nesses momentos e mastigar rápido.
- Incentivar que os(as) adolescentes percebam os sinais de fome e saciedade, orientando sobre o apetite elevado devido à puberdade.
- Promover espaços de discussão sobre as mudanças corporais durante o período da puberdade e a influência da alimentação saudável na promoção da saúde.
- Acolher expectativas, frustrações e outras demandas voltadas à imagem corporal, realizando o cuidado adequado e oportuno quando identificado comportamentos de risco para transtornos alimentares.
- Acompanhar o consumo alimentar do (a) adolescente, usando os marcadores de consumo alimentar, sensibilizando-o (a) à adoção hábitos mais saudáveis.
- Entender a rotina alimentar fora de casa, acolher demandas e discutir opções para que as escolhas alimentares sejam as mais saudáveis possíveis em cada ocasião.
- Apropriar-se de recursos lúdicos e tecnológicos como ferramentas para as ações vai ajudar a estimular a curiosidade e desenvolver o interesse desses (as) adolescentes nas atividades.

IDOSO

Algumas características específicas a este grupo devem ser consideradas uma vez que as alterações na alimentação e no metabolismo podem modificar as necessidades nutricionais e o estado nutricional. Logo, é importante respeitar a regularidade de horários. O consumo de quantidades menores de alimentos por refeição pode facilitar a digestão e, no caso de dificuldade mastigatória, podemos dar preferência a ajuste de consistência alimentar.^{35,36}

O diagnóstico de excesso de peso no idoso ocorre com a identificação dos dados antropométricos apresentados abaixo, associado à presença de comorbidades, muito comum nesse ciclo da vida.^{35,36}

Classificação do estado nutricional de idosos (≥ 60 anos):

ÍNDICE ANTROPOMÉTRICO	PONTOS DE CORTE	CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL
IMC	$< 22 \text{ kg/m}^2$	Baixo peso
	$\geq 22 \text{ e } < 27 \text{ kg/m}^2$	Eutrófico
	$\geq 27 \text{ kg/m}^2$	Sobrepeso

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN.

A pessoa idosa possui hábitos alimentares enraizados que refletem sua identidade e dignidade, e devem ser tratados com sensibilidade e empatia. O time de saúde deve reconhecer e respeitar as preferências da pessoa idosa, ajudando a ressignificar hábitos não saudáveis para reduzir riscos à saúde e promover qualidade de vida. Para idosos independentes, é essencial respeitar suas escolhas alimentares. Para aqueles em maior dependência, o cuidado deve envolver o cuidador, considerando suas demandas e dificuldades para evitar sobrecarga. A conduta nutricional deve promover hábitos alimentares saudáveis, respeitando a autonomia e os aspectos socioculturais, seguindo o Guia Alimentar para a População Brasileira. Seguem algumas recomendações de abordagem com essa população:

- Identificar diminuição ou perda de apetite no indivíduo, estabelecendo conjuntamente estratégias para o consumo adequado de alimentos, como fracionamento das refeições, variar o uso de temperos naturais, o consumo de preparações que trazem memória afetiva e a comensalidade.
- Avaliar capacidade funcional para preparar alimentos e para alimentar-se, estabelecendo conjuntamente estratégias e receitas para facilitar a rotina de preparação das refeições domésticas.
- Estimular a priorização das preferências alimentares da pessoa idosa sempre que possível, especialmente quando estiver com autonomia reduzida, para que mantenha a sua identidade.

- Estimular a comensalidade, verificando com o indivíduo e com sua rede de apoio a possibilidade de fazer as refeições sempre com companhia como forma de promover a alimentação adequada e saudável.
- Orientar sobre a diminuição da sensação de sede e estabelecer estratégias para estimular o consumo de água adequado, como o uso de garrafas pessoais ou disponibilizar garrafas nos espaços da casa.
- Identificar e acolher demandas da vida da pessoa idosa que impactam o consumo alimentar adequado e saudável, como a solidão, o luto, a dependência, por exemplo.
- Identificar e coordenar o cuidado de problemas relacionados à mastigação e à saúde bucal, verificando se há lesão oral pelo uso de prótese dentária ou por problemas digestivos.
- Identificar possibilidades de interação de medicamentos com o alimento e formas de mitigá-la.

CUIDADOS PALIATIVOS

A discussão sobre a necessidade de implementar cuidados paliativos em diversos contextos tem ganhado destaque globalmente, definindo-os como uma abordagem de cuidado abrangente e integrada. O foco permanece na multidimensionalidade do paciente e sua família que enfrentam condições avançadas, com impactos físicos, psicológicos, espirituais e emocionais, independentemente do ambiente envolvido. Nesse novo paradigma, os cuidados paliativos mantêm a interdisciplinaridade com a proposta de acesso universal, além de preservar valores de compaixão e compromisso em situações de fragilidade e vulnerabilidade³⁸. As doenças crônicas não transmissíveis, juntamente com condições como a obesidade, podem ser incapacitantes e levar o paciente a um declínio funcional progressivo. Portanto, é crucial desenvolver ações planejadas com foco na implementação de cuidados paliativos desde a atenção primária e sem restrição de local de atuação.

As intervenções específicas em cuidados paliativos para pacientes com obesidade envolvem manejo nutricional, programas de atividade física adaptados, suporte respiratório e estratégias para controlar sintomas comuns. Além disso, é importante oferecer apoio social e psicológico para lidar com questões de estigmatização e autoimagem. Os desafios incluem a necessidade de uma abordagem empática, a garantia de acessibilidade nos ambientes de cuidados e a gestão eficaz das comorbidades complexas. A personalização dos cuidados, com foco holístico nos aspectos físicos, emocionais e sociais, é fundamental para melhorar a qualidade de vida desses pacientes.

CRITÉRIOS PARA REFERENCIAMENTO AO ESPECIALISTA FOCAL

A necessidade do encaminhamento se torna fundamental após os profissionais esgotarem os recursos diagnósticos e terapêuticos (ex: acompanhamento nutricional, acompanhamento psicológico, tratamento farmacológico) da atenção Primária à Saúde antes de encaminhar para serviços especializados²³:

Obs: Não é necessário encaminhar aos endocrinologistas pacientes com obesidade secundária a medicamentos (glicocorticóide, antipsicóticos (tioridazina, risperidona, olanzapina, quetiapina, clozapina,

lítio, carbamazepina, entre outros) quando o simples manejo das medicações já é suficiente para reverter o quadro.²³

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para endocrinologia:²³

- Pacientes com suspeita de obesidade secundária provocada por outros problemas endocrinológicos (ex: Síndrome de Cushing);
- Atendimento pré-cirúrgico;
- Pacientes com adesão à jornada e mudanças significativas no estilo de vida sem alteração no peso após 12 meses de acompanhamento.

INDICADORES DA LINHA DE CUIDADO

Os indicadores foram divididos em indicadores de desfecho em saúde, indicadores de conhecimento da população e indicadores relativos à cirurgia bariátrica.

Desfecho em saúde:

- **Progressão do Estágio Motivacional:** Número de indivíduos ativados na linha de cuidado de sobrepeso e obesidade que apresentaram elevação do estágio motivacional no período/Número de indivíduos ativados na linha de cuidado de sobrepeso e obesidade com estágio motivacional avaliado no período x 100;
- **Redução do IMC nos estágios motivacionais de ação e manutenção:** Número de pacientes ativados no estágio motivacional ação e manutenção que apresentaram redução do IMC $\geq 1\%$ em relação a avaliação anterior ≥ 3 meses./ Número de pacientes ativados total no estágio motivacional ação e manutenção x 100
- **Redução da Circunferência Abdominal nos estágios motivacionais de ação e manutenção:** Número de pacientes ativados no estágio motivacional ação e manutenção que apresentaram redução da CA em relação a avaliação anterior ≥ 3 meses/ Número de pacientes ativados total no estágio motivacional ação e manutenção x 100
- **Redução da Pressão Arterial Sistólica:** Pacientes que estavam com a pressão arterial sistólica ≥ 130 mmHg e que apresentaram redução ≥ 5 mmHg após início na linha / Número de pacientes que estavam com pressão arterial sistólica ≥ 130 mmHg inicialmente
- **Melhoria da Percepção em Saúde (através do questionário PROMIS):** Número de pacientes que aumentaram a pontuação do questionário após o início na linha, quando comparado o momento atual ao anterior / Número de pacientes ativados na linha de cuidado x 100

Conhecimento da população:

- **Proporção de pacientes incluídos em outras Linhas de Cuidado:** Número de indivíduos ativados na linha de cuidado de sobrepeso e obesidade e ativados simultaneamente em outras linhas de cuidado no período/Número de indivíduos ativados na linha de cuidado de sobrepeso e obesidade no período x 100
- **Estratificação populacional por estágio motivacional:** Número de indivíduos ativados na linha de cuidado de sobrepeso e obesidade em cada estágio motivacional no período/ Número de indivíduos ativados na linha de cuidado de sobrepeso e obesidade com estágio motivacional avaliado no período x 10
- **Percentual de pacientes em utilização de medicamentos para perda de peso:** nº pacientes ativados na linha em uso de medicamento para perda de peso/nº pacientes ativados na linha de cuidado x 100

Cirurgia Bariátrica:

- **Percentual de adequação Pré-Cirúrgica:** Percentual de pacientes que completaram a avaliação pré-operatória completa (psicológica, nutricional e médica).
- **Taxa de reinternação:** Percentual de pacientes que necessitaram de reinternação devido a complicações relacionadas à cirurgia.
- **Taxa de Complicações Cirúrgicas:** Incidência de complicações imediatas e tardias, como infecções, fístulas, tromboembolismo, etc.
- **Percentual de Reintervenção Cirúrgicas:** Percentual de pacientes que necessitaram de reintervenção cirúrgica devido a complicações.
- **Adesão ao Seguimento:** Percentual de pacientes que mantêm acompanhamento regular pós-cirúrgico com a equipe de saúde.
- **Satisfação com o Procedimento:** Taxa de pacientes satisfeitos com os resultados da cirurgia

Referências Bibliográficas

x

Anexo 2

Unimed Paraná

Linha de cuidado integral sob as práticas baseadas em evidências

Recomendações Clínicas para Obesidade

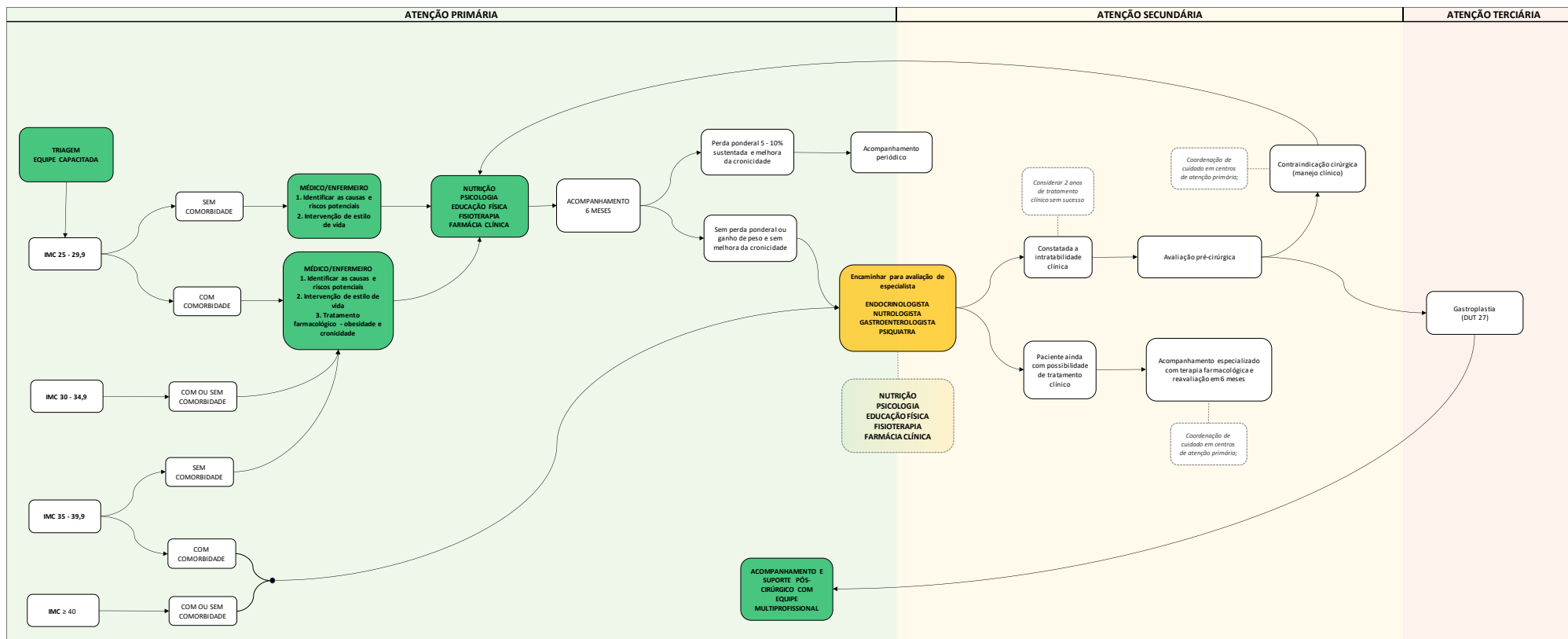
Durante o desenvolvimento da linha de cuidado do paciente com sobrepeso e obesidade, alguns elementos se mostraram essenciais para a estruturação do fluxo assistencial e fundamentais para o manejo clínico, o qual visa a entrega de valor em saúde:

1. Durante a primeira avaliação de um paciente que apresente sobrepeso ou obesidade, é fundamental avaliar as causas que levaram ao excesso de peso, bem como investigar possíveis morbidades associadas;
2. Relevância do papel da atenção primária. A atenção básica focada na coordenação do cuidado junto a equipe multiprofissional demonstra resultados de alto valor para os pacientes;
3. Estabelecer centros de referência como um nível intermediário entre a atenção primária e a atenção secundária. O papel destes prestadores deve

ser claramente definido e com equipes compostas por nutricionistas, psicólogos, educadores físicos, enfermeiros e médicos;

4. Estabelecer diretrizes clínicas baseadas em evidências científicas;
5. Multidisciplinaridade, por todas as fases da linha de cuidado;
6. Incentivos educacionais na formação de prestadores de cuidado para atendimento especializado não invasivo, inclusive para acolhimento emocional dos pacientes com sobrepeso/obesidade;
7. Incentivos econômicos para novos modelos de remuneração em saúde baseados em desfechos clínicos e experiência do paciente, já que se trata de uma condição de saúde complexa, onde é necessário envolvimento maior da equipe, almejando a adesão do paciente ao tratamento, sobretudo às mudanças de estilo de vida;
8. Monitoramento de indicadores de resultados e de processos.

A fim de viabilizar a utilização adequada da linha de cuidado apresentada foram estruturadas recomendações e um fluxograma, para orientar o manejo dos pacientes desde a prevenção, diagnóstico, tratamento clínico, que inclui aconselhamento para mudanças no estilo de vida, psicoterapia, até o encaminhamento cirúrgico, quando necessário, e o acompanhamento em cada fase.



- 1) O paciente deve ser avaliado quanto ao IMC e circunferência abdominal na Atenção Básica, independentemente da queixa de sobrepeso/obesidade, e as suas morbidades devem ser investigadas para aferir sua correlação com as medidas antropométricas;
- 2) Para pacientes com IMC de 25 a 34,9kg/m², com ou sem comorbidades, e IMC de 35 a 39,9 sem comorbidades, o manejo é fundamentalmente clínico, com atendimento por equipe multidisciplinar especializada e com foco nas mudanças de estilo de vida, psicoterapia e, se necessário, tratamento farmacológico, além de suporte às doenças crônicas relacionadas. Após acompanhamento por 6 meses o paciente deve ser avaliado quanto à perda de peso sustentada e à melhora das condições crônicas, havendo evolução favorável, o paciente permanece em acompanhamento periódico. Caso haja ganho de peso e piora das comorbidades, o paciente deve ser encaminhado ao atendimento especializado, que analisa as possibilidades de insistência no tratamento clínico ou a indicação para gastroplastia
- 3) Para pacientes com IMC de 35 a 39,9 e pelo menos uma comorbidade, ou acima disso com ou sem comorbidades, além do acompanhamento da equipe multidisciplinar, é necessário o encaminhamento para a atenção especializada, primeiramente a fim de esgotar as alternativas de tratamento clínico e indicar o tratamento

cirúrgico, se necessário.

Considerando a característica multifatorial da obesidade e a complexidade relacionada ao seu manejo assistencial, a Linha de Cuidado para Obesidade idealmente deve englobar as seguintes etapas:

- I. **Promoção da Saúde:** esta ação compreende medidas de saúde preventivas a fim de impedir o sobrepeso que levará à obesidade e consequentemente às outras doenças associadas. Como medidas há o controle e a redução de peso, incentivo a atividade física individual ou em grupo, redução do consumo de alimentos industrializados, redução do tempo de exposição às telas, orientação a uma vida diária saudável. Essas estratégias são recomendadas por agências de saúde e diretrizes clínicas nacionais e internacionais. Os pacientes já em sobrepeso ou obesidade devem ser incluídos em níveis de prevenção de acordo com a presença ou não de comorbidades associadas (Tabela 5).

Tabela 5 - Fases de prevenção da obesidade e doenças crônicas. Definições, objetivos e métodos para as fases de prevenção em doenças crônicas: práticas gerais em doenças crônicas e práticas específicas na obesidade)

FASE DE INTERVENÇÃO	OBJETIVOS	MÉTODOS DE PREVENÇÃO
Prevenção primária	Prevenir o desenvolvimento de sobrepeso e obesidade.	Educar o público, promover alimentação saudável e atividade física regular. Construir meio ambiente propício.
	Prevenir uma doença de ocorrer.	Eliminar fatores de risco, remover causas, ou aumentar resistência à doença.
Prevenção secundária	Prevenir ganho de peso futuro e desenvolvimento de complicações relacionadas ao peso em pacientes com sobrepeso e obesidade.	Rastrear e diagnosticar usando IMC. Avaliar a presença de complicações. Tratar com intervenção de estilo de vida sem/com medicamentos antiobesidade
	Impedir a progressão da doença na sua fase inicial antes de progredir para um estágio mais grave. Deter o processo da doença para prevenir complicações ou sequelas.	Usar testes de rastreamento e diagnóstico seguido por tratamento.
Prevenção terciária	Tratar com terapia e medicamentos para perda de peso visando aliviar complicações relacionadas à obesidade e prevenir a progressão da doença	Tratar com intervenção de estilo de vida/comportamental e medicamentos antiobesidade. Considerar cirurgia bariátrica.
	Usar atividades clínicas que reduzam complicações e previnam deterioração posterior.	Usar estratégias de tratamento que limitem consequências adversas da doença.

Fonte: Adaptado de ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica. Diretrizes Brasileiras de Obesidade (2016) (4)

- II. Prevenção de riscos, agravos e doenças: neste ponto há que se considerar a estratégia de atendimento quando o paciente procura o serviço de saúde com outras condições de saúde, que não necessariamente o sobrepeso ou obesidade, mas que podem ser reflexos destes. A porta de entrada é a atenção primária, onde é realizada uma avaliação clínica. Nesta fase é imprescindível que o paciente seja manejado de acordo com a linha de cuidado para obesidade. Desta forma se poderá garantir a mitigação de condutas assistências de baixo valor para a saúde, como o tratamento somente da doença crônica associada à obesidade sem levar em conta a necessidade de perda de peso para melhora do estado geral do paciente, como é o caso da diabetes tipo 2, o que torna o cuidado fragmentado (Tabela 5).
- III. Rastreamento e diagnóstico precoce: a maioria dos pacientes com sobrepeso/obesidade nos graus menores pode ser manejada adequadamente no ambiente de atendimento primário, porém, depende da conduta elaborada para a percepção dos diferentes espectros que envolvem a condição. Os fatores que podem levar ao sobrepeso e à obesidade são:
- a. Causas psicológicas/psiquiátricas - Os profissionais devem estar atentos para as os sinais emocionais que podem levar os pacientes ao sobrepeso e obesidade. Sintomas de estresse, tais como ansiedade, depressão, nervosismo e o hábito de se alimentar quando problemas emocionais estão presentes são comuns em pacientes com sobrepeso ou obesidade, sugerindo relação entre estresse, compulsão por comida palatável, transtorno de compulsão alimentar e obesidade. O estresse pode ser uma consequência da obesidade devido a fatores sociais, à discriminação e, alternativamente, a causa da obesidade.
 - b. Ambientes obesogênicos - O estilo de vida e o ambiente familiar também podem favorecer o sedentarismo e alimentação hipercalórica e pobre em nutrientes, levando ao ganho de peso, principalmente diante de predisposições genéticas.
 - c. Uso de medicamentos - a iatrogenia medicamentosa também pode levar ao ganho de peso, e os profissionais devem estar atentos nos casos de prescrição de medicamentos para tratar diabetes, depressão e outras doenças crônicas, que deve considerar, além dos dados de segurança e eficácia, os efeitos adversos como o ganho de peso e impacto na qualidade de vida.
- IV. Outras causas - a privação de sono, exposição a alguns tipos de vírus, a substâncias químicas, que podem atuar como disruptores endócrinos (diclorodifeniltricloroetano, alguns bifenóis policlorados e alguns alquilfenóis), falta de

monitoramento após a cessação do tabagismo, também são capazes de induzir o ganho de peso.

Diagnóstico: é importante estabelecer os critérios de diagnóstico para sobrepeso e obesidade para identificar os pacientes que precisam perder peso. A associação da medida da circunferência abdominal com o IMC pode oferecer uma forma combinada de avaliação de risco e ajudar a diminuir as limitações de cada uma das avaliações isoladas, mas no rastreamento inicial (prevenção primária), o IMC pode ser usado isoladamente (Tabela 6 e Tabela 7).

Tabela 6 - Critérios para diagnóstico da obesidade

1.	Deve-se aferir o peso e a estatura do paciente, calcular o IMC: na primeira consulta e periodicamente
2.	Deve-se medir a circunferência abdominal: na primeira consulta e periodicamente.
3.	Deve-se usar o ponto de corte do excesso de peso (IMC $>25 \text{ kg/m}^2$, sobrepeso e todos os graus de obesidade) da OMS para identificar adultos com aumento do risco cardiovascular. Em descendentes asiáticos/ africanos considerar $>23 \text{ kg/m}^2$. Em adultos acima dos 60 anos, considerar $>27 \text{ kg/m}^2$
4.	Deve-se usar o ponto de corte da obesidade (IMC $>30 \text{ kg/m}^2$) para identificar adultos com risco elevado de mortalidade por todas as causas. Em asiáticos/africanos considerar $>27,5 \text{ kg/m}^2$
5.	Deve-se aconselhar aos adultos com sobrepeso e obesidade que quanto maior o IMC, maior o risco de doenças cardiovasculares, diabetes tipo 2 e mortalidade por todas as causas
6.	Deve-se aconselhar aos adultos que mantenham sua circunferência da cintura inferior à metade da sua altura e que quanto maior a medida da circunferência abdominal além do valor da metade da altura, maior o risco de doenças cardiovasculares, diabetes tipo 2 e mortalidade por todas as causas. O valor normal da relação cintura-estatura é menor do que 0,5
7.	É razoável aconselhar aos adultos com aumento da circunferência abdominal, que quanto maior a medida da circunferência abdominal, maior o risco de doenças cardiovasculares, diabetes tipo 2 e mortalidade por todas as causas
8.	Pode ser útil medir a circunferência cervical (CC) e calcular a circunferência cervical ajustada (somando à medida da CC, respectivamente, 4, 3 e 3, para a presença de hipertensão, ronco habitual e sufocamento na maior parte das noites) e se $>48 \text{ cm}$, solicitar polissonografia na presença de sinais e sintomas de apnéia do sono.
9.	A utilidade do uso rotineiro na prática clínica do método de análise de bioimpedância para medir a água corporal, a massa livre de gordura, e através de equações com peso, estatura, sexo, fazer a avaliação da composição corporal pode ser útil, e a sua eficácia está bem estabelecida

Fonte: Adaptado de ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica. Diretrizes Brasileiras de Obesidade (2016)

Tabela 7 - Critérios de Avaliação - histórico do peso e estilo de vida

1.	Uso de medicamentos - principalmente os de uso crônico - e avaliar o seu impacto no tratamento da obesidade
2.	Avaliar a história da trajetória do peso, de ganho e perda de peso ao longo do tempo, detalhes de tentativas prévias de perda de peso, tratamentos prévios e resultado favorável ou problemático na perda de peso e na manutenção, perguntar sobre estilo de vida, hábitos alimentares e de atividade física.
3.	Perguntar sobre a história familiar de obesidade, o peso ao nascimento, a variação do peso na gestação materna, o uso de medicamentos pregressos, fumo, horas de sono, horas de trabalho mudanças na rotina, e exposição a estresse

Fonte: Adaptado de ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica. Diretrizes Brasileiras de Obesidade (2016) (4)

V. Tratamento – complexo e multidisciplinar, devendo ser individualizado, sob supervisão médica contínua e mantido enquanto for seguro e efetivo. *[para as intervenções medicamentosas e cirúrgicas, consultar corpo do manual]*

a) Intervenções de estilo de vida: terapia dirigida, focada em modificações de hábitos de vida, relacionados com orientações nutricionais e atividade física. As intervenções para mudanças no estilo de vida, com intervalos semanais nos primeiros seis meses, mostram-se altamente eficazes na redução do peso. 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. Na Tabela 8 são mostrados os grupos de alimentos, de acordo com o Guia Alimentar para a População Brasileira, sendo a recomendação de maior consumo para os alimentos in natura ou minimamente processados. O consumo de alimentos ultraprocessados está associado ao desenvolvimento de doenças crônicas não-transmissíveis, incluindo a obesidade. Além disso, buscar o balanço energético negativo, através da redução da ingestão calórica em 500 a 1000 kcal/dia, e fracionamento das refeições são necessários para diminuição da massa corporal. Na Tabela 9 foram listados os planos de dieta recomendados pela Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica, que devem sempre ser adaptados à realidade do paciente e às suas preferências, para facilitar a adesão. A OMS recomenda que adultos e idosos façam 150 minutos semanais de atividade física de intensidade moderada ou 75 minutos de atividade vigorosa por semana, sendo a abordagem indicada para manejo da obesidade e melhora das demais doenças crônicas, como hipertensão arterial, dislipidemia, síndrome metabólica etc., além da melhoria da capacidade funcional. Evidências indicam que a combinação de exercícios resistidos e aeróbicos são eficientes para redução de peso corporal em pacientes obesos ou com sobrepeso.

Tabela 8 - Grupos de alimentos x recomendações de consumo

ALIMENTOS IN NATURA OU MINIMAMENTE PROCESSADOS	INGREDIENTES CULINÁRIOS	ALIMENTOS PROCESSADOS	ALIMENTOS ULTRAPROCESSADOS
Legumes, verduras, frutas naturais, iogurtes sem adição de açúcar, ovos, chá, café, carnes frescas (refrigeradas ou congeladas), ervas frescas ou secas, leites e sucos de frutas pasteurizados, feijões, etc	Óleos, gorduras, sal e açúcar	Alimentos em conserva, carne enlatada, queijos, pães (feitos com farinha de trigo, leveduras, água e sal), etc	Bolachas recheadas, sucos em pó, refrigerantes, macarrão instantâneo, cereais matinais açucarados, alimentos embutidos, etc
CONSUMO RECOMENDADO	USO EM PEQUENAS QUANTIDADES	LIMITAR O CONSUMO	EVITAR O CONSUMO

Fonte: Adaptado de BRASIL. Guia alimentar para a população Brasileira. 2a ed. Melo EA, editor. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde; 2014. (29)

c) Terapia cognitivo-comportamental também deve ser considerada a fim de programar estratégias que auxiliem no controle de peso, além de avaliar fatores psicológicos ou psiquiátricos que possam interferir no sucesso e na adesão ao tratamento (autossabotagem, comportamento

bulímico, compulsão alimentar). O objetivo do suporte psicológico é empoderar o indivíduo para o autocuidado, visando implementar modificações de estilo de vida a longo prazo, que colaborem não só para perda, mas também para a manutenção do peso. As abordagens podem ocorrer de modo individual ou em grupo, porém sempre respeitando a individualidade do paciente. Recomenda-se principalmente o suporte psicológico baseado na entrevista motivacional e na terapia cognitivo-comportamental. As principais estratégias estão apresentadas na Tabela 10. Mesmo na ausência de perda de peso significativa, a terapia comportamental pode reforçar de maneira expressiva a manutenção das mudanças no estilo de vida, que irão refletir no melhor controle das comorbidades. Não há evidência de que uma estratégia comportamental seja superior a outra para o desfecho de perda de peso, mas sabe-se que estratégias multimodais são mais efetivas.

Tabela 10 - Principais estratégias a serem abordadas pela terapia cognitivo-comportamental

1.	Automonitoramento - registros de ingestão alimentar, dos episódios de compulsão e dos eventos desencadeantes. Os registros vão auxiliar na elaboração do planejamento e ajustes terapêuticos.
2.	Controle de estímulos - programação de compras no supermercado, mantendo alimentos indesejáveis fora da lista de compras, estimular atividade física evitando uso frequente de recursos tecnológicos, evitar atividades associadas à ingestão excessiva de calorias, etc.
3.	Resolução de problemas - identificar problemas relacionados ao excesso de peso, buscar possíveis soluções e estratégias, testando-as e rediscutindo a fim de selecionar as que são definitivamente eficazes na modificação do comportamento individual, auxiliando na perda e manutenção do peso.
4.	Reestruturação cognitiva - melhorar os sistemas de crenças, propondo reestruturação cognitiva a fim de identificar e tratar distorções, abstração seletiva, pensamentos absolutistas ou extremistas, pensamentos supersticiosos, etc. Buscar e tratar características como: <ul style="list-style-type: none"> - comer por razões mais psicológicas do que fisiológicas, dirigidas por recompensa, não por fome; - preocupação funcional ou psicológica com a comida; - percepção de falta de autocontrole em torno do alimento; - desejos frequentes por comida; - aumento de peso e dieta pouco saudável; - problemas com um tipo específico de alimento.
5.	Suporte social - família, amigos e clínicos podem auxiliar no tratamento da obesidade, atuando como suporte emocional. E ainda, grupos terapêuticos conduzidos por profissional de psicologia, ex-pacientes, nutricionistas, assistentes sociais, etc.
6.	Entrevista motivacional - comunicação centrada no paciente e que utiliza técnicas específicas, como escuta reflexiva, autonomia, tomada de decisão compartilhada, visando mudanças no diálogo com o paciente. Esse modelo ajuda a construir motivação para o planejamento de um curso de ação, e pode ser uma peça importante e viável para tratar obesidade.

Fonte: Adaptado de ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica. Diretrizes Brasileiras de Obesidade (2016) e Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Sobrepeso e Obesidade em Adultos do Ministério da Saúde (2020) (4,7)

VI. Monitoramento – para todos os indivíduos, peso e altura devem ser medidos e IMC calculado, com intervalo de 1 ano sendo adequado para reavaliação do IMC. Para indivíduos com sobrepeso e obesidade, ou aqueles de peso adequado conforme IMC, mas com histórico de sobrepeso, uma monitorização mais frequente pode ser apropriada. Pacientes que não apresentem perda de peso clinicamente relevante também devem ser avaliados frequentemente, tanto nas medidas antropométricas, quanto com relação aos fatores que possam influenciar na resposta ao tratamento e, no prazo máximo de 6 meses do início do tratamento, quanto à necessidade de encaminhamento à Atenção Secundária. O automonitoramento semanal do peso corporal também é recomendado.

IX. Cuidados paliativos e de final de vida: para a tomada de decisão sobre cuidados paliativos em casos de obesidade alguns fatores devem ser considerados. Entre eles a avaliação de pacientes resistentes ao tratamento ou com contraindicação cirúrgica, que podem levar ao insucesso, a piora das comorbidades clínicas, presença de efeitos adversos aos medicamentos e comorbidades psiquiátricas. Nesta fase o gerenciamento clínico do paciente possui grande atuação de cada um dos profissionais já envolvidos na equipe multidisciplinar e, caso haja pertinência, especialistas de outras áreas, como: terapia ocupacional e capelania, poderão ser integrados na equipe. O principal objetivo é a promoção da qualidade de vida e o conforto para o paciente.

Conclusões

A elaboração e implementação de uma linha de cuidado integral para obesidade em adultos no contexto da Saúde Suplementar deverá viabilizar:

1. Incremento na qualidade do atendimento e na satisfação do paciente a partir da seleção da melhor opção terapêutica e no melhor momento, de acordo com os perfis de cada paciente.
2. Aumento da utilização das recomendações baseadas em evidências na prática clínica, através da identificação de condutas facilitadoras e de desvios em relação as diretrizes estabelecidas.
3. Redução na variação de condutas clínicas entre os profissionais e os serviços, permitindo o cuidado pertinente e continuado ao paciente.
4. Uso racional de recursos e redução de desperdícios.
5. Redução da incidência de obesidade com foco suas principais comorbidades, visando a melhoria da qualidade de vida dos pacientes e o melhor uso de recursos.

Bibliografia Consultada

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Linhas de Cuidado. Obesidade no Adulto, 2024. Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/obesidade-no-adulto/>. Acesso em 29 abr. 2024.
2. World Health Organization. Obesidade e Sobrepeso. WHO, 2024. Disponível em <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>. Acesso em 29 abr. 2024.
3. IQWiG. Leitliniensynopse Adipositas – Erwachsene. 2022. Disponível em: <https://www.iqwig.de/projekte/v21-05.html>. Acesso em: 02/05/2024.
4. ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica. Diretrizes Brasileiras de Obesidade 2016.

5. NICE - National Institute of Health and Care Excellence. Obesity: identification, assessment and management.2023.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Sobrepeso e Obesidade em Adultos. 2020.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Guia para Implementação de Modelos de Remuneração baseados em valor. Rio de Janeiro, 2019.
8. Jacobsen E, et al . A Systematic Review of the Evidence for Non-surgical Weight Management for Adults with Severe Obesity: What is Cost Effective and What are the Implications for the Design of Health Services Curr Obes Rep. 2022.
9. Semlitsch T, et al. Management of overweight and obesity in primary care-A systematic overview of international evidence-based guidelines. Obes Rev. 2019
10. Kosmalski, M. et al. Pharmacological Support for the Treatment of Obesity—Present and Future. Healthcare 2023
11. Noparatayaporn P. et al Incremental Net Monetary Benefit of Bariatric Surgery: Systematic Review and Meta-Analysis of Cost-Effectiveness Evidences. Obes Surg. 2021
12. Louwagie P, et al. Bariatric surgery: an HTA report on the efficacy, safety and cost-effectiveness. Health Technology Assessment (HTA). Brussels. Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2019.
13. Wharton S, et al. Obesity in adults: a clinical practice guideline . CMAJ – Canadian Medical Association Journal. 2020
14. AUSTRALIA. Department of Health and Aged Care. National Obesity Strategy 2002 - 2032.2022. Disponível em: <https://www.health.gov.au/resources/publications/national-obesity-strategy-2022-2032?language=en>. Acesso em 29 abr. 2024.
15. Safaei M, et al. A systematic literature review on obesity: Understanding the causes & consequences of obesity and reviewing various machine learning approaches used to predict obesity. Comput Biol Med. 2021
16. O'Brien PE, et al. Long-Term Outcomes After Bariatric Surgery: a Systematic Review and Meta-analysis of Weight Loss at 10 or More Years for All Bariatric Procedures and a Single-Centre Review of 20-Year Outcomes After Adjustable Gastric Banding. Obes Surg. 2019
17. Jabbour G, Salman A. Bariatric Surgery in Adults with Obesity: the Impact on Performance, Metabolism, and Health Indices. Obes Surg. 2021.

18. van Veldhuisen SL et al. Bariatric surgery and cardiovascular disease: a systematic review and meta- analysis. Eur Heart J. 2022.
19. Hassapidou M, et al. European Association for the Study of Obesity Position Statement on Medical Nutrition Therapy for the Management of Overweight and Obesity in Adults Developed in Collaboration with the European Federation of the Associations of Dietitians. Obes Facts. 2023.
20. Sierżantowicz R, Ładny JR, Lewko J. Quality of Life after Bariatric Surgery-A Systematic Review. Int J Environ Res Public Health. 2022.
21. Liao J et al. Bariatric surgery and health outcomes: An umbrella analysis. Front Endocrinol (Lausanne). 2022.
22. Ontario Health (Quality). Bariatric Surgery for Adults With Class I Obesity and Difficult-to-Manage Type 2 Diabetes: A Health Technology Assessment. Ont Health Technol Assess Ser. 2023.
23. Wiggins T et al. Association of bariatric surgery with all-cause mortality and incidence of obesity- related disease at a population level: A systematic review and meta-analysis. PLoS Med. 2020.
24. Raza MM et al. Long-Term Outcomes of Bariatric Surgery: A Systematic Review. Cureus. 2023.
25. Al-Rubeaan K et al. Enhanced recovery programmes versus conventional care in bariatric surgery: A systematic literature review and meta-analysis. PLoS One. 2020.
26. European Pathway Association. (2024). About care pathways. Disponível em <https://e-p-a.org/care-pathways/>. Acesso em 29 abr. 2024.
27. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 492. Diretrizes para Atenção ao Paciente com Obesidade Grave.Publicada no Diário Oficial da União em 31 de agosto de 2007.
28. Stiefel M NK. A Guide to Measuring the Triple Aim: Population Health, Experience of Care, and Per Capita Cost. IHI Innovation Series white paper Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement. 2012.
29. BRASIL. Ministério da Saúde. Guia alimentar para a população Brasileira. 2a ed. Melo EA, editor. 2014.
30. Wadden TA et al; STEP 3 Investigators. Effect of Subcutaneous Semaglutide vs Placebo as an Adjunct to Intensive Behavioral Therapy on Body Weight in Adults With Overweight or Obesity: The STEP 3 Randomized Clinical Trial. JAMA. 2021.

31. Rubino DM et al; STEP 8 Investigators. Effect of Weekly Subcutaneous Semaglutide vs Daily Liraglutide on Body Weight in Adults With Overweight or Obesity Without Diabetes: The STEP 8 Randomized Clinical Trial. JAMA. 2022.
32. Novo Nordisk Brasil. Saxenda 6mg/mL. Bula do Fabricante. Novo Nordisk Brasil.
33. Novo Nordisk Brasil. Wegovy 0,25mg/1,5mL. Bula do Fabricante. Novo Nordisk Brasil
34. Merck AS. Contrave 8mg/90mg. Bula do Fabricante. Merck AS.
35. BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM n. 2131 de 13 de janeiro de 2016. Estabelece normas seguras para o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, definindo indicações, procedimentos aceitos e equipe. Diário Oficial da União, Brasília, DF.
36. BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde (2021).
37. Garneau P et al, Guidelines for Canadian bariatric surgical and medical centres: a statement from the Canadian Association of Bariatric Physicians and Surgeons. Can J Surg. 2022
38. Oria HE, Moorehead MK. Bariatric analysis and reporting outcome system (BAROS). Obes Surg. 1998