Protocolo de Atenção à Saúde

Prevenção e tratamento clínico do sobrepeso e da obesidade em pessoas maiores de 18 anos de idade

Área(s): Gerência de Serviços de Nutrição (GESNUT/DASIS/COASIS/SAIS); Diretoria da Estratégia de Saúde da Família (DESF/COAPS/SAIS); Referência Técnica Distrital de Endocrinologia; Diretoria de Assistência Farmacêutica (DIASF/CATES/SAIS); Referência Técnica Distrital de Cirurgia Bariátrica; Gerência de Vigilância Epidemiológica de Doenças e Agravos Não-transmissíveis e Promoção da Saúde (GVDANTPS/DIVEP/SVS).

Portaria SES-DF Nº 279 de 14 de junho de 2024, publicada no DODF Nº 114 de 18/06/24.

1- Metodologia de Busca da Literatura

1.1 Bases de dados consultadas

Pesquisa realizada nas bases de dados do PUBMED para línguas inglesa e portuguesa. Foram utilizadas as palavras-chaves: "**obesidade**" + "**tratamento clínico da obesidade**", "**tratamento cirúrgico da obesidade**", "**linha de cuidado em obesidade**", "**atenção especializada em obesidade**". Também foram verificadas as principais referências citadas nos artigos e as citadas nos anexos deste protocolo. Além disso, foram consultados consensos de sociedades internacionais e nacionais, diretrizes internacionais e nacionais, cadernos e protocolos voltados à Atenção Primária à Saúde.

1.2 Palavra(s) chaves(s)

Obesidade, sobrepeso, nutrição, comportamento alimentar, tratamento farmacológico, tratamento clínico da obesidade, terapia nutricional, atenção especializada em obesidade, tratamento cirúrgico da obesidade e linha de cuidado em obesidade.

1.3 Período referenciado e quantidade de artigos relevantes

Todas as fontes utilizadas tiveram as suas referências revisadas a fim de obter outros estudos relevantes e incluídos na elaboração deste protocolo. Foram considerados 66 artigos consultados até 2023, além de publicações oficiais do Ministério da Saúde.

2- Introdução

A obesidade é uma doença crônica, multifatorial, altamente prevalente, de difícil tratamento, não passível de cura, e sim de controle, estando associada às diversas comorbidades, tais como diabetes mellitus (DM), doenças cardiovasculares (DCV), doenças osteomusculares, algumas neoplasias, entre outras. É causa de incapacidade funcional, de redução da qualidade de vida, redução da expectativa de vida e aumento da mortalidade. O número de pessoas com obesidade tem crescido rapidamente, tornando a doença um dos maiores desafios da saúde pública, tanto do ponto de vista epidemiológico quanto do impacto econômico nos sistemas de saúde (ABESO, 2011). A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS, 2020), traz que atualmente 60,3% da população brasileira adulta apresentava sobrepeso e 25,9% obesidade. Esse percentual mostra que aproximadamente 96 milhões de brasileiros adultos estavam com sobrepeso e 41 milhões com obesidade (BRASIL, 2020).

Com base em dados do histórico do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), houve aumento de doenças crônicas no período entre 2006 e 2021, sendo o maior aumento, relacionado à obesidade, que passou de 11,8% em 2006 para 22,4% em 2021 (variação positiva de 90%). De tal forma que, um a cada cinco brasileiros estão com obesidade e, seis a cada dez brasileiros estão com sobrepeso. Ainda de acordo com o VIGITEL, no Distrito Federal (DF) o percentual de obesidade passou de 10% em 2006 para 22,6% em 2021 (VIGITEL, 2021).

Entretanto, o Brasil foi o primeiro país a assumir formalmente as metas para a Década de Ação em Nutrição (2016-2025) da Organização das Nações Unidas (ONU), dentre elas: deter o crescimento da obesidade na população adulta por meio de políticas de saúde e segurança alimentar e nutricional.

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como um de seus princípios a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços de promoção da saúde, preventivos e curativos, que contemple o indivíduo em todos os níveis de atenção e que considere o sujeito como pertencente de um contexto social, familiar e cultural.

Conforme conceitua a Lei Orgânica da Saúde nº 8080/1990, torna-se essencial que a Atenção Primária à Saúde (APS), Atenção Ambulatorial Secundária (AASE) e Atenção Hospitalar (AH) desenvolvam ações convergentes, articuladas e complementares, especialmente no manejo de um agravo tão complexo como a obesidade.

3- Justificativa

Segundo Nilson e colaboradores, os custos totais para o SUS, em 2018, para hipertensão arterial sistêmica (HAS), DM e obesidade foram de R$3,45 bilhões (IC95%: 3,15 a 3,75), sendo que, desses custos, 11% são referentes aos da obesidade. O impacto nos custos quando foi considerada somente a obesidade como fator de risco para HAS e DM foi de R

$1,42 bilhão, ou seja, 41% dos custos totais (NILSON et al., 2018).

Como forma de enfrentar o crescente problema da obesidade, o Ministério da Saúde (MS) publicou a Portaria GM/MS nº 424, de 19 de março de 2013, que redefiniu as Diretrizes para a Organização da Prevenção e do Tratamento do Sobrepeso e da Obesidade como Linha de Cuidado Prioritária da Rede de Atenção à Saúde (RAS) das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS. Em 2017, publicou a Portaria GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, que traz a consolidação das normas sobre as redes do sistema e que redefiniu a RAS das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS e estabeleceu diretrizes para organização das suas linhas de cuidado (BRASIL, 2013; 2017).

Em 2016, foi publicada no Diário Oficial do Distrito Federal (DODF) a Deliberação nº 04, de 21 de março de 2016, do Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), que aprovou por consenso, o Plano de Ação da Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade (LCSO) no âmbito distrital. Um dos objetivos específicos do Plano foi a implantação da Linha de Cuidado nas sete Regiões de Saúde do DF. A Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade é tratada com destaque dentre as principais DCNT apresentadas no Plano Distrital de Saúde (PDS) 2019-2023.

No período de 2016 a 2019, a Secretaria de Saúde do DF (SES-DF) em parceria com a Escola de Aperfeiçoamento do SUS (EAPSUS), realizou capacitações com os servidores dos serviços da APS, Secundária e Hospitalar de todas as Regiões de Saúde da SES-DF, configurando uma das etapas de implantação da LCSO.

Em 2020 e 2021 foi realizada uma capacitação, em parceria entre SES-DF, Ministério da Saúde (MS) e o Observatório de Políticas de Segurança Alimentar e Nutrição (OPSAN-UNB). O objetivo foi a formação, atualização e desenvolvimento de gestores e profissionais da saúde integrantes dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família - Nasf-AB (atualmente denominado eMulti - equipes Multiprofissionais), das equipes da Saúde da Família (eSF) e das Unidades Básicas de Saúde (UBS), que exercem atividades na APS da SES-DF com ênfase no acolhimento e na atenção à saúde de pessoas com sobrepeso e obesidade.

Em 2022, o MS publicou a Matriz para Organização dos Cuidados em Alimentação e Nutrição na APS, indicando diretrizes, a partir de perspectivas e orientações sobre a responsabilidade e a abordagem das práticas de cuidado, que consideram as singularidades

de diferentes indivíduos acolhidos pela APS. Além disso, reforçou as práticas de educação alimentar e nutricional como objeto de ação multiprofissional, intersetorial e transdisciplinar, que propõe o desenvolvimento da autonomia do indivíduo, sempre coerentes à realidade local (BRASIL,2022).

A Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha um papel crucial na identificação dos fatores de risco e no acompanhamento do sobrepeso e obesidade, uma vez que serve como ordenadora do cuidado e principal porta de entrada para todas as condições de saúde. Por meio de abordagens individuais e/ou coletivas a APS promove relevante educação em saúde, através de orientação e incentivo de adoção de hábitos saudáveis, abandono do tabagismo e sedentarismo, prática de atividades físicas, sempre levando em consideração as especificidades individuais tais como condições clínicas, condições socioeconômicas e culturais (BRASIL, 2014).

É fundamental mencionar que em todos os casos é necessário o compartilhamento do cuidado da Atenção Especializada ambulatorial e/ou hospitalar com a APS, pois devido à proximidade com o indivíduo poderá realizar um monitoramento mais eficiente da adesão e do resultado do tratamento, bem como fornecer a continuidade da assistência.

No âmbito da Atenção Ambulatorial Secundária (AASE) da SES DF, há vários centros especializados, conforme destacado abaixo:

- **Região Central:** Centro Especializado em Diabetes, Obesidade e Hipertensão (CEDOH);
- **Região Sudoeste:** Unidade de Endocrinologia do Hospital Regional de Taguatinga (UENDO/HRT);
- **Região Norte:** Serviço de Endocrinologia do Hospital Regional de Sobradinho (HRS);
- **Região Leste:** Centro de Atenção ao Diabetes e Hipertensão (CADH);
- **Região Centro-sul:** Centro Especializado em Diabetes, Hipertensão e Insuficiência Cardíaca (CEDHIC);
- **Região Sul:** Serviço de Endocrinologia da Policlínica do Gama;
- **Região Oeste:** Serviço de Endocrinologia da Policlínica de Ceilândia I.

O encaminhamento para estes serviços está padronizado por meio das notas técnicas de endocrinologia e nutrição, disponíveis nos links: Nota Técnica: Regulação do acesso - Endocrinologia e Nota Técnica N.º 2/2021 – SES/SAIS/COASIS/DASIS/GESNUT.

4- Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)

E66 – Obesidade

E66.0 – Obesidade devido ao excesso de calorias

E66.1 – Obesidade induzida por drogas

E66.2 – Obesidade extrema com hiperventilação alveolar

E66.8 – Outra obesidade

E66.9 – Obesidade não especificada

R63.5 – Ganho de peso anormal

5- Diagnóstico Clínico ou Situacional

A avaliação clínica na Obesidade é fundamental para determinar o melhor tratamento e realizar o monitoramento da evolução do paciente. A avaliação consiste num processo complexo que tem por objetivo avaliar o estado geral de saúde do indivíduo obeso, contemplando análise de fatores de risco e comorbidades e avaliação física.

Os principais critérios para avaliação clínica na obesidade são:

Anamnese	Histórico familiar, história da doença atual, hábitos alimentares, hábitos culturais e religiosos, tabagismo, alcoolismo, uso de drogas, condições de higiene, atividade física, presença de disfagia, tipo de dieta habitual, distúrbios do sono, condições socioeconômicas, questionários histórico nutricional (perda/ganho de peso, alterações apetite, etc.), hábito intestinal, presença de outras patologias, alergias alimentares, uso de medicamentos, apoio social, condições/existência de instalação para armazenamento, refrigeração e preparo de alimentos (geladeira, fogão), uso de dietas da moda, restrições quanto à consistência dos alimentos (branda, pastosa, líquida, ingesta hídrica, via alternativa para alimentação (enteral ou parenteral), local de realização de refeições, presença de intolerâncias e/ou alergias, aversões e seletividade alimentares, alterações de olfato e/ou paladar, entre outros.
Exame físico	Aferição da pressão arterial, ausculta cardíaca e pulmonar, inspeção de coloração de pele e mucosas, presença de acantose nigricans, avaliação de edemas, bócio, nódulos, aspecto de unhas e cabelos, condições da dentição (presença e condições dos dentes, uso e condições de próteses), presença de ascite, mobilidade (cadeirante, acamado), presença de má-formação ou amputação de membros, presença de lesão por pressão, presença de icterícia, condições dos lábios e canto da boca (queilose, queilite angular, estomatite angular), língua (glossite, atrofia, erosão), palato, gengivas (esponjosas, pálidas, sangrantes, mucosas secas), cicatrização inadequada, capacidade funcional (mobilidade e força), entre outros.
Avaliação de comorbidades	Manifestações de disfunção tireoidiana, de paratireoides e suprarrenais, DM, HAS, dislipidemia, gota, reumatopatias, neuropatias, deficiência mental/intelectual, distúrbios metabólicos, mielomeningocele, paralisia cerebral, câncer, doença cardiovascular, entre outros.
Avaliação antropométrica /composição corporal	• Peso • Altura • Estatura recumbente (na cama) • Estimativa de altura peso altura do joelho • Escala de kakeshita (Escala de silhuetas - IMC visual) • Circunferência abdominal • Circunferência quadril • Relação circunferência da cintura/estatura, relação Circunferência da cintura/quadril. • Dobras cutâneas • IMC • Ultrassom • Bioimpedância

Exames laboratoriais	Glicemia em jejum, hemoglobina glicada, perfil lipídico, função hepática, função renal, cortisol, hormônios, albumina, PCR, fatores de coagulação, entre outros, a depender das comorbidades associadas.
Avaliação psicológica	Depressão, ansiedade, orientação no tempo e espaço, transtornos alimentares (bulimia, anorexia nervosa, pica, seletividade alimentar)e cognitivo, psicose, estresse ou trauma recente não usual (família:dificuldades e morte de membro da família, problemas e dificuldades no emprego), entre outros.

O diagnóstico de sobrepeso e obesidade de ser feito com base nos dados clínicos, bioquímicos, antropométricos e dietéticos em conjunto com a etiologia e os indicadores nutricionais, para um adequado planejamento e monitoramento das intervenções.

Quanto a outras medidas antropométricas e uma avaliação mais detalhada, estas podem ser feitas pelo profissional de acordo com as necessidades do serviço e disponibilidade de equipamentos, como a circunferência do braço (adequação da CB), prega cutânea tricipital (adequação da PCT), relação cintura-altura (RCA), conjunto de dobras cutâneas para avaliar percentual de gordura corporal e outros exames mais complexos como a bioimpedância.

Para maiores informações acerca da aferição das medidas antropométricas sugeridas, recomenda-se acessar a Norma Técnica do SISVAN “Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde”, disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf.

O quadro proposto pela OMS classifica os indivíduos segundo os valores de IMC (quadro 1).

Quadro 1. Classificação internacional da obesidade segundo o Índice de Massa Corporal (IMC) e risco de doença (Organização Mundial da Saúde) que divide a adiposidade em graus ou classes para adultos (18 a 59 anos).

IMC (kg/m^2)	Classificação Obesidade	Obesidade grau/Classe	Risco de doença
<18,5	Magro ou baixo peso	0	Normal ou elevado
18,5-24,9	Normal ou eutrófico	0	Normal
25-29,9	Sobrepeso ou pré-obeso	0	Pouco elevado
30-34,9	Obesidade	I	Elevado
35-39,9	Obesidade II	II	Muito elevado
≥40,0	Obesidade grave	III	Muitíssimo elevado

Quadro 2. Classificação do IMC para Idosos.

IMC (kg/m²)	Classificação
≥ 30,0	Obesidade
28,0 - 29,9	Pré-obesidade
23,0 - 27,9	Normal
< 23,0	Baixo Peso

6- Critérios de Inclusão

Este protocolo contemplará as pessoas acima de 18 anos de idade com diagnóstico de sobrepeso e/ou obesidade, com ou sem comorbidades, atendidas na APS do Distrito Federal e aquelas que necessitam de encaminhamento para tratamento na AASE (Endocrinologia e Metabologia) e AH (cirurgia bariátrica).

6.1. Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento à AASE

a) Pessoa acima de 18 anos de idade com suspeita de obesidade secundária: hipotireoidismo descompensado, acromegalia e Síndrome de Cushing;

b) Pessoas de 18-59 anos de idade com obesidade Grau II (IMC 35-39,9 kg/m²) com comorbidades secundárias ao sobrepeso: DM2, apneia do sono, HAS, dislipidemia, doenças cardiovasculares incluindo doença arterial coronariana, infarto de miocárdio (IM), angina, insuficiência cardíaca congestiva (ICC), acidente vascular cerebral, hipertensão e fibrilação atrial, cardiomiopatia dilatada, cor pulmonale e síndrome de hipoventilação, asma grave não controlada, osteoartroses, hérnias discais, refluxo gastroesofageano com indicação cirúrgica, colecistopatia calculosa, pancreatites agudas de repetição, esteatose hepática, incontinência urinária de esforço na mulher, infertilidade masculina e feminina, disfunção erétil, síndrome dos ovários policísticos, veias varicosas e doença hemorroidária, hipertensão intracraniana idiopática (pseudotumor cerebri), estigmatização social e depressão;

c) Pessoas de 18-59 anos de idade com obesidade Grau III (IMC ≥ 40 kg/m²) independente de comorbidades: O índice de massa corporal (IMC ≥ 40 kg/m²), que é um dos fatores de risco para doenças cardiovasculares, metabólicas, entre outras;

d) Pessoas de 18-59 anos de idade com obesidade Grau III que apresentem IMC ≥ 50 kg/m²: têm indicação de encaminhamento da APS direto para a cirurgia bariátrica, desde que não haja suspeita de obesidade secundária e a pessoa opte pelo tratamento cirúrgico;

e) Pessoas maiores de 18 anos de idade submetidas à cirurgia bariátrica, após 18 meses da data da cirurgia: com critérios de deficiências nutricionais não controladas, comprovadas por exames bioquímicos conforme Nota Técnica de Endocrinologia vigente (disponível em: https://www.saude.df.gov.br/notas-tecnicas – Atenção Ambulatorial Secundária), ou com demais complicações e intercorrências decorrentes da cirurgia;

f) Pessoas idosas (≥ 60 anos de idade) com diagnóstico de obesidade (IMC ≥ 30,0 kg/m²) e presença de comorbidades secundárias ao sobrepeso: DM2, apneia do sono, HAS, dislipidemia, doenças cardiovasculares incluindo doença arterial coronariana, infarto de miocárdio (IM), angina, insuficiência cardíaca congestiva (ICC), acidente vascular cerebral, hipertensão e fibrilação atrial, cardiomiopatia dilatada, cor pulmonale e síndrome de hipoventilação, asma grave não controlada, osteoartroses, hérnias discais, refluxo gastroesofageano com indicação cirúrgica, colecistopatia calculosa, pancreatites agudas de repetição, esteatose hepática, incontinência urinária de esforço na mulher, infertilidade masculina e feminina, disfunção erétil, síndrome dos ovários policísticos, veias varicosas e doença hemorroidária, hipertensão intracraniana idiopática (pseudotumor cerebri), estigmatização social e depressão.

6.2. Condições clínicas que indicam o manejo pelas equipes da APS

a) Pessoas de 18-59 anos de idade com obesidade Grau I (IMC ≥ 30 e ≤ 34,9 kg/m²) com ou sem comorbidades;

b) Pessoas de 18-59 anos de idade com obesidade Grau II (IMC entre 35-39,9 kg/m²) sem comorbidades;

c) Pessoas de 18-59 anos de idade com IMC ≥ 35 kg/m², com comorbidades, após acompanhamento endocrinológico em Grupos de Obesidade multidisciplinar na AASE, que não atingiram a perda mínima de 5% do peso corporal durante o seguimento por 2 anos e que não desejam realizar o tratamento cirúrgico da obesidade;

d) IMC ≥ 35 kg/m², com comorbidades, que estiveram em acompanhamento endocrinológico em Grupos de Obesidade multidisciplinar na atenção secundária e que não preencheram os critérios de assiduidade de cada serviço durante o seguimento;

e) Pessoas com obesidade secundária ao uso de medicamentos como antipsicóticos e estabilizadores do humor: olanzapina, clozapina, risperidona, amitriptilina, mirtazapina, paroxetina, lítio;

f) Pessoas submetidas à cirurgia bariátrica, após 18 meses da data da cirurgia, sem critérios de deficiências nutricionais não controladas;

g) Pessoas idosas (≥ 60 anos de idade) com diagnóstico de obesidade (IMC ≥ 30,0 kg/m²) e sem a presença de comorbidades associadas.

7- Critérios de Exclusão

Não estão contemplados neste protocolo:

- indivíduos com idade inferior a 18 anos;
- gestantes e pessoas que possuem certas comorbidades, tais como doenças oncológicas, transtornos psiquiátricos, abuso de álcool ou drogas, ou problemas graves, que possam comprometer o tratamento;
- pacientes em cuidados paliativos e demais casos que não se enquadrem no item 6 deste protocolo (critérios de inclusão).

8- Conduta

8.1 Conduta Preventiva

Conforme exposto no referido documento a obesidade é um agravo multifatorial e complexo, incluindo fatores genéticos, ambientais, comportamentais e psicológicos, portanto a abordagem multidisciplinar é essencial para a prevenção e tratamento desta patologia sendo o apoio matricial interdisciplinar um grande potencializador da resolutividade das equipes da Atenção Básica. Nesse sentido as equipes multiprofissionais podem atuar de maneira abrangente para aqueles que já apresentam comorbidades.

Nesses casos, deve-se ofertar para esta população ações educativas em grupos para promoção, prevenção e incentivo da adoção de alimentação adequada e saudável e atividade física, levando em consideração as especificidades de cada grupo, promovendo acolhimento e troca de experiências entre os indivíduos com o objetivo de fortalecer a adesão ao tratamento, grupos de caminhadas ou outras atividades físicas, estímulos de abandono do sedentarismo, entre outros.

No âmbito do SUS, é relevante qualificar a atenção à pessoa com esta doença por meio da integralidade e da longitudinalidade do cuidado, em todos os níveis de atenção: vigilância alimentar e nutricional, promoção da saúde e prevenção do sobrepeso e da obesidade, apoio do autocuidado para manutenção e recuperação do peso saudável (WARMLING, et al., 2019; BRASIL; 2014).

Dessa forma, as ações de prevenção e controle da obesidade, propostas nas políticas públicas nacionais devem ser amplamente difundidas e aplicadas nas diversas Regiões Administrativas do DF, com fluxo sistematizado de atendimento.

A APS configura-se como o espaço fundamental para a prevenção e o tratamento de pessoas com sobrepeso e obesidade no Brasil, cabendo à AASE realizar procedimentos de maior densidade tecnológica e alto custo de forma integrada e compartilhada à primeira.

O fluxograma de atendimento na APS e AASE estão sintetizados nos Anexo III e IV deste protocolo.

Abordagem terapêutica

No tratamento dos pacientes com sobrepeso e obesidade é necessária a existência de articulações. Nesse processo os entes federados precisam estar envolvidos e comprometidos, a fim de abranger o cuidado multidisciplinar de forma integral e longitudinal.

As abordagens precisam ser articuladas de forma individual ou coletiva, envolvendo a família do usuário no processo. Toda essa organização precisa perpetuar-se por todos os níveis de atenção, bem como nos diversos serviços da RAS (BRASIL, 2020).

Estigma social no contexto do sobrepeso e obesidade é uma associação negativa do indivíduo com essa condição. Muitos sofrem abuso verbal e/ou físico associado à sua situação física, todo esse processo pode resultar em tristeza e isolamento, levando o indivíduo a depressão (WU; BERRY, 2018).

PHELAN et al., (2015) traz que indivíduos com sobrepeso e obesidade muitas vezes se sentem estigmatizados e essa situação fica ainda mais evidente diante de circunstâncias onde o peso corporal do indivíduo é o foco de discussões. Muitas vezes as atitudes dos profissionais e o espaço físico inadequado das UBS (falta de equipamentos e insumos adequados à condição da composição corporal do indivíduo) reforçam a desvalorização deste público específico. No estigma existe o estereótipo de que pessoas com obesidade são preguiçosas, não seguem tratamentos, não possuem foco. Diante disso, o estigma da obesidade pode trazer transtornos à saúde, prejudicar a adesão ao acompanhamento integral, implicando na diminuição da perda de peso e perda do vínculo entre o usuário e a equipe de saúde (BRASIL, 2021).

Portanto, os profissionais da saúde ao acolherem um usuário com sobrepeso e obesidade, devem abordá-lo de forma ampla, sem focar na condição do mesmo, assim a comunicação deve ser centrada na pessoa e direcionada também para a saúde psicossocial, compreendendo que a obesidade é uma condição multifatorial, que implica em questões individuais, sociais, emocionais e climáticas, diminuindo o preconceito existente. Além disso, é importante perguntar ao paciente como se sente em relação ao seu peso e solicitar sua permissão ao começar a discussão sobre a temática de forma que o indivíduo possa compreender e respeitar a visão sobre si, sem a ocorrência de

julgamentos. Uma abordagem inicial inclusiva e utilizando a ferramenta dos 5As (aborde/pergunte, avalie, aconselhe, acorde e ajude) presente no Anexo I pode ser uma estratégia efetiva para esses usuários (BRASIL, 2021). Maiores informações podem ser encontradas no “Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da APS do sistema único de saúde” disponível em: https://bit.ly/ManualSobrepesoObesidade.

Outra importante ferramenta a ser abordada durante o atendimento é o Modelo Transteórico (Anexo II), um modelo do estágio de mudança de comportamento no qual o paciente se encontra, que é dividido em pré-contemplação (não há interesse em mudar, não considera que há um problema), contemplação (está disposto a mudar e já considera que tem um problema), decisão (inicia planos voltados para pequenas mudanças, com data para iniciar) ação (algumas mudanças já foram realizadas no ambiente e comportamento) e manutenção (as mudanças feitas já duram mais de seis meses e tem interesse em mantê-las). Conhecer o interesse do usuário em iniciar e manter o acompanhamento e tratamento das condições de saúde é essencial para manter a adesão e obter bons resultados. É importante frisar que ambas ferramentas podem ser usadas em conjunto no acompanhamento multiprofissional do indivíduo, tanto na APS, quanto na AASE em casos mais graves da condição (LEÃO et al., 2015).

Cada esfera de atenção à saúde tem seu papel para organizar e promover o cuidado integral e multidisciplinar às pessoas com sobrepeso e obesidade. A APS é responsável pela coordenação do cuidado e porta de entrada do cidadão usuário do SUS, oferecendo assistência de forma integral e longitudinal com resolubilidade, responsabilização e comunicação com outros pontos de atenção. A AASE e AH também são responsáveis pelo cuidado da pessoa com sobrepeso e obesidade, inclusive em sua captação. Ressalta-se que, considerando a complexidade dessa condição de saúde, o manejo deve incorporar outros saberes, serviços e instituições para além do setor saúde, visando um cuidado mais resolutivo (BRASIL, 2021).

Nos anexos V, VI, VII e VIII constam a ficha de: coleta de dados, controle de hábitos e diário alimentar e estágio de prontidão para mudança dos hábitos alimentares, que podem ser utilizadas no atendimento e acompanhamento destes pacientes. O quadro 2 a seguir sintetiza as principais atribuições de cada esfera para promover o cuidado nutricional da pessoa com sobrepeso e obesidade.

Quadro 3. Principais atribuições de cada esfera para promover o cuidado nutricional da pessoa com sobrepeso e obesidade.

Atenção Primária à Saúde
• Realizar Vigilância Alimentar e Nutricional da população, preenchendo a avaliação antropométrica e os marcadores de consumo alimentar; • Verificar o acompanhamento do usuário na APS ou encaminhá-lo para AASE se identificado com sobrepeso e obesidade (segundo critérios do item 6.1 deste protocolo); • Proporcionar o acolhimento adequado das pessoas com sobrepeso e obesidade; • Prestar cuidado multiprofissional às pessoas com sobrepeso e obesidade; • Realizar ações de promoção da saúde e prevenção do sobrepeso e da obesidade de forma permanente, intersetorial e com participação popular; • Respeitar hábitos e cultura alimentar locais, com ênfase nas ações de promoção da alimentação adequada e saudável e da atividade física; • Estimular o autocuidado e o estabelecimento de metas na recuperação e manutenção do peso saudável; • Apoiar a assistência secundária por meio do cuidado compartilhado, e dar seguimento aos cuidados após a alta dos usuários destes serviços; • Desenvolver processos de educação permanente e qualificação dos profissionais da APS e gestores do SUS; • Desenvolver processos de matriciamento e discussão de casos entre os profissionais e setores de saúde dos diversos níveis de atenção à saúde; • Monitorar e avaliar as ações ofertadas aos indivíduos com sobrepeso e obesidade, realizando os ajustes necessários para avaliação do cumprimento de seus objetivos; • Identificar parceiros/equipamentos no território; • Realizar ações e estratégias de educação em saúde no território (ações fora da UBS), como em escolas, empresas públicas e privadas, centros de convivência, etc; • Avaliar se há insegurança alimentar e qual o grau de insegurança dos usuários e família que estão em acompanhamento; • Conhecer o território das ESF e verificar qual o tipo de ambiente alimentar é predominante (locais de fornecimento de alimentos in natura e minimamente processados, ou alimentos ultraprocessados, por exemplo).
Atenção Ambulatorial Secundária
• Realizar apoio matricial e discussão de casos com as equipes da APS, de modo a compartilhar o cuidado; • Elaborar protocolos de assistência terapêutica às pessoas com sobrepeso e obesidade; • Realizar a avaliação inicial sobre elegibilidade para cirurgia bariátrica e/ou cirurgia plástica reparadora de acordo com os critérios da linha de cuidado do sobrepeso e da obesidade e de notas técnicas e protocolos específicos; • Encaminhar usuários para a atenção hospitalar quando houver necessidade; • Oferecer suporte multiprofissional intensivo individual e coletivo para mudanças dos hábitos de vida às pessoas com obesidade encaminhadas pela APS; • Contribuir para a avaliação multiprofissional da pessoa com obesidade na fase pré-operatória da cirurgia bariátrica, de modo compartilhado com atenção hospitalar; • Oferecer cuidados terapêuticos multiprofissionais aos usuários que realizaram procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade após o período de acompanhamento pós-operatório realizado na atenção hospitalar, quando o suporte pela APS não for suficiente; • Organizar o retorno das pessoas com obesidade à APS, seja para o cuidado compartilhado, seja para alta da AASE segundo os critérios clínicos determinados pela diretriz terapêutica.
Atenção Hospitalar
• Realizar avaliação dos casos compartilhados pela AASE para elegibilidade a procedimentos cirúrgicos no tratamento da obesidade ou outras demandas que competem a este nível de atenção; • Disponibilizar o acesso à cirurgia bariátrica e à cirurgia plástica reparadora para o cuidado da pessoa com obesidade de acordo com o estabelecido nas diretrizes clínicas do MS; • Garantir assistência terapêutica multiprofissional pré-operatória aos usuários que irão realizar procedimentos cirúrgicos para o tratamento da obesidade, seguindo as diretrizes clínicas do MS; • Garantir assistência terapêutica multiprofissional pós-operatória (mínimo de 18 meses) aos usuários que realizaram procedimentos cirúrgicos para o tratamento da obesidade, seguindo as diretrizes clínicas do MS;

• Organizar a alta da pessoa com obesidade que realizou procedimento cirúrgico para continuação do acompanhamento na APS e na AASE segundo os critérios clínicos; • Realizar atendimento de urgência e emergência à pessoa com obesidade.

Fonte: (BRASIL, 2021).
Legenda: APS-Atenção Primária à Saúde; AASE - Atenção Ambulatorial Secundária; UBS - UnidadeBásica de Saúde; ESF - Equipe da Saúde da Família; MS - Ministério da Saúde.

Salienta-se que as atribuições e ações aqui descritas de forma sucinta foram retiradas de publicações do Ministério da Saúde listadas nas referências bibliográficas, as quais devem ser acessadas a fim de aprofundar o conhecimento, esclarecer dúvidas e encontrar soluções para a efetiva implantação do cuidado. Os principais materiais de referência são os seguintes:

- Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da atenção primária à saúde (APS) do Sistema Único de Saúde disponível em https://bit.ly/ManualSobrepesoObesidade.
- Material teórico para suporte ao manejo da obesidade no Sistema Único de Saúde disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/material_teorico_suporte_manejo_obesidade.pdf
- Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Sobrepeso e Obesidade em Adultos disponível em https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/20201113_pcdt_sobrepeso_e_obesidade_em_adultos_29_10_2 020_final.pdf
- Diretrizes Brasileiras de Obesidade disponível em https://abeso.org.br/wp-content/uploads/2019/12/Diretrizes-Download-Diretrizes-Brasileiras-de-Obesidade-2016.pdf
- Instrutivo de abordagem coletiva para manejo da obesidade no SUS disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/instrutivo_abordagem_coletiva.pdf
- Guia de Atividade Física para a população brasileira disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_atividade_fisica_populacao_brasileira.pdf
- FASCÍCULO 2 - Protocolo de uso do guia alimentar para a população brasileira na orientação alimentarde pessoas adultas com obesidade disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolos_guia_obesidade_fa sciculo2.pdf.
- Posicionamento sobre o tratamento nutricional do sobrepeso e da obesidade

disponível em https://abeso.org.br/wp-content/uploads/2022/11/posicionamento_2022-alterado-nov-22-1.pdf.

- Viva Leve - Caderneta para Mudança do Estilo de Vida, 2023, disponível em https://www.saude.df.gov.br/alimentacao-e-nutricao.

8.2 Tratamento Não Farmacológico

A tríade principal do tratamento clínico consiste em apoio a mudanças do estilo de vida (MEV), dieta para provocar déficit calórico e estímulo à atividade física rotineira. O tratamento do sobrepeso e da obesidade é multidisciplinar e deve buscar os seguintes resultados: diminuição da gordura corporal, preservando ao máximo a massa magra; promoção da manutenção de perda de peso; impedimento de ganho de peso futuro; educação alimentar e nutricional que vise à perda de peso, por meio de escolhas alimentares adequadas e saudáveis; redução de fatores de risco cardiovasculares associados à obesidade (hipertensão arterial, dislipidemia, pré-diabetes ou diabetes); resultar em melhorias de outras comorbidades (apneia do sono, osteoartrite, risco neoplásico, etc.); recuperação da autoestima; aumento da capacidade funcional e da qualidade de vida (BRASIL, 2020).

É preciso atentar que o tratamento da obesidade não tem como objetivo atingir um IMC correspondente à eutrofia. O critério para perda de peso bem-sucedida é a manutenção de uma perda ponderal igual ou superior a 10% do peso inicial após 1 ano. Este percentual já é suficiente para melhorias significativas nos parâmetros cardiovasculares e metabólicos. No entanto, é extremamente difícil manter essa perda de peso a longo prazo. Reduções de peso entre 5% a 10% do peso habitual podem não resultar em mudanças de classificação quanto ao estado nutricional do indivíduo, ou seja, ele continuará com sobrepeso ou obesidade. Embora modestos, esses limiares de redução de peso podem resultar na diminuição de fatores de risco para doenças crônicas, como diminuição dos níveis pressóricos, glicêmicos e de triglicérides (BRASIL, 2020).

Mudar comportamentos relacionados à saúde não é tarefa fácil, independente de características socioedemográficas dos sujeitos, como sexo, idade, renda, entre outras; e o território em que vive. Envolve distintos graus de motivação e prontidão para mudar e intervenções tradicionais, baseadas em relações verticalizadas entre profissionais de saúde e usuários, assim como na transmissão de conteúdo, tendem a ser pouco efetivas. Já intervenções baseadas em referencial teórico e em evidências científicas tendem a alcançar maior sucesso. Nesse sentido, diferentes teorias, na maioria das vezes provenientes do campo da Psicologia, têm sido utilizadas, tais como Entrevista Motivacional, Modelo Transteórico, Terapia Cognitiva Comportamental, Abordagem Crítico-Reflexiva e Autocuidado Apoiado (BRASIL, 2021). Estas e outras ferramentas

estão disponíveis em: Material teórico para suporte ao manejo da obesidade no Sistema Único de Saúde disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/material_teorico_suporte_manejo_obe sidade.pdf.

O suporte profissional contínuo é imprescindível para a manutenção da perda de peso e para que a adesão ao novo estilo de vida seja facilitada, pois pode aumentar o estado de alerta, a motivação e fornecer incentivo e apoio aos indivíduos. Ademais, as estratégias de automonitoramento, tanto da alimentação quanto do peso, têm se mostrado efetivas. O peso corporal é fisiologicamente controlado e, para evitar sua recuperação, faz-se necessário um esforço permanente porque, mesmo com total comprometimento, questões físicas, psicológicas, sociais e ambientais que são inerentes à vida podem deixar ainda mais desafiadora a manutenção do peso. O ambiente, por exemplo, é um fator que favorece ou dificulta a conservação de hábitos saudáveis e interfere sobremaneira na manutenção do peso perdido. Assim, reitera-se enquanto fundamental o investimento em ações de prevenção, em intervenções precoces ao observar ganho de peso excessivo e no cuidado longitudinal de longo prazo, pois o tratamento de pessoas com obesidade é um processo para toda a vida. Dessa forma, a adoção de metas realistas para perda e manutenção do peso e o foco nos impactos positivos das mudanças de estilo de vida são de suma importância (BRASIL, 2021).

O processo de monitoramento e avaliação da atenção aos indivíduos com sobrepeso e obesidade é essencial na escolha da oferta de ações.

Terapia dietética

Apesar de não haver controvérsia sobre o fato de que balanço energético negativo causado por redução na ingestão calórica resulte em diminuição da massa corporal, há muita divergência sobre a melhor maneira de promover essa redução de consumo de calorias. É sabido que o tratamento dietético da obesidade obtém mais sucesso quando aliado a um programa multiprofissional de modificação comportamental envolvendo o aumento no gasto energético para a promoção do balanço energético negativo. Além disso, é fundamental que as melhorias na alimentação sejam mantidas durante toda a vida do indivíduo (ABESO, 2016). Nas referências deste protocolo há vários documentos que apresentam estratégias e recomendações para que o profissional de saúde possa orientar os indivíduos em relação ao tratamento dietoterápico do sobrepeso e da obesidade, baseado em evidências científicas. Em geral, esses documentos sugerem que dietas muito restritivas, artificiais e rígidas não são sustentáveis, embora possam ser usadas por um período limitado. Quando o planejamento alimentar é mais flexível e objetiva a reeducação alimentar, levando em consideração as preferências alimentares do indivíduo,

o aspecto financeiro, o estilo de vida e o requerimento energético necessário para a saúde, em geral a terapia dietética é mais bem-sucedida. Em longo prazo, o método, a velocidade de perda de peso, o ajuste fisiológico e a habilidade de manter as mudanças comportamentais de dieta e atividade física é que determinarão o sucesso de qualquer programa de emagrecimento (ABESO, 2016).

a) Abordagem individual qualitativa

O tratamento nutricional para a perda de peso deve ser seguro, efetivo, e possível de ser seguido pela pessoa. Por isso, deve-se permitir a escolha variada de alimentos saudáveis, a qual favorece maior adesão e resulta em perda de peso, ainda que pequena, mas sustentada (ABESO, 2016).

Está bem estabelecido na literatura que os padrões alimentares que combinam diferentes alimentos de grupos variados são mais eficientes na prevenção e tratamento de doenças como a obesidade, diabetes mellitus tipo 2 (DM2) e DCV. As diretrizes nacionais e internacionais reforçam esse conceito e evidenciam que a recomendação alimentar não deve basear-se apenas em calorias, mas sim na qualidade dos alimentos que compõem as refeições (ABESO, 2022).

Guia alimentar para a População Brasileira:

Segundo o Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2014a), é essencial para uma boa saúde não só a inclusão de alimentos que fornecem nutrientes específicos, mas também as inúmeras possíveis combinações entre eles e suas formas de preparo, as características do modo de comer e as dimensões sociais e culturais das práticas alimentares. O efeito benéfico sobre a prevenção de doenças advém do alimento em si e das combinações de nutrientes e outros compostos químicos que fazem parte da matriz do alimento, mais do que de nutrientes isolados. Quatro categorias de alimentos, definidas de acordo com o tipo de processamento empregado na sua produção, devem ser abrangidas nas ações de Educação Alimentar e Nutricional, seja em oficinas de grupo, seja em consultas individuais (BRASIL, 2014a). As referidas categorias são:

1) alimentos *in natura* ou minimamente processados;
2) ingredientes culinários;
3) alimentos processados;
4) alimentos ultraprocessados.

Uma alimentação saudável deve ser composta prioritariamente de alimentos in natura ou minimamente processados. Esses alimentos consumidos em grande variedade e predominantemente de origem vegetal, são a base de uma alimentação nutricionalmente

balanceada, saborosa, culturalmente apropriada e promotora de um sistema alimentar socialmente e ambientalmente sustentável (BRASIL, 2014a; GAZETA DO POVO, 2018).

O uso de alimentos processados deve ser limitado e consumido em pequenas quantidades, como ingredientes de preparações culinárias ou como parte de refeições baseadas em alimentos in natura ou minimamente processados. Os ingredientes e métodos usados na fabricação de alimentos processados alteram de modo desfavorável a composição nutricional dos alimentos dos quais derivam (BRASIL, 2014).

Os alimentos ultraprocessados devem ser evitados pois possuem aditivos químicos como corantes e conservantes, além de serem nutricionalmente desbalanceados: ricos em gorduras, açúcares, sódio e calorias e pobre em vitaminas, fibras e minerais. Por conta de sua formulação e apresentação, tendem a ser consumidos em excesso e a substituir alimentos in natura ou minimamente processados. Suas formas de produção, distribuição, comercialização e consumo afetam de modo desfavorável a cultura, a vida social e o meio ambiente (BRASIL, 2014).

Outros mecanismos que relacionam o consumo de ultraprocessados com a obesidade vão além do perfil de nutrientes. Os estudos mais recentes mostram que os impactos negativos dos ultraprocessados nos desfechos em saúde são independentes do conteúdo energético e nutricional da dieta, sendo associados com menor saciedade e maior resposta glicêmica, alterações na microbiota intestinal e aumento de respostas inflamatórias (BRASIL, 2020).

Além disso, o estímulo à leitura correta dos rótulos é essencial, priorizando a verificação da lista de ingredientes ao invés das chamadas de marketing. Existem alguns aplicativos móveis, como o “Desrotulando”, que auxiliam na leitura dos rótulos, na identificação dos alimentos saudáveis e na identificação dos alimentos por seu grau de processamento.

O Protocolo de uso do guia alimentar para a população brasileira na orientação alimentar de pessoas adultas com obesidade está disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolos_guia_obesidade_fasciculo2.pdf.

Atualmente uma variedade de padrões dietéticos são indicados para promover a perda de peso, incluindo a dieta de estilo mediterrâneo, dieta de baixo índice glicêmico, dieta vegetariana ou as dietas com manejo específico de determinados macronutrientes (*low carb*, cetogênica, Atkins). Entretanto, muitas dessas dietas não possuem evidências científicas consistentes. Portanto, o profissional de saúde deve estar atento ao orientar nutricionalmente o paciente, considerando não apenas as recomendações dos guias alimentares, diretrizes e *guidelines*, mas também os hábitos alimentares e estilo de vida, de modo a escolher a melhor maneira de se alcançar e manter uma alimentação

adequada e balanceada.

Os principais padrões dietéticos estão sintetizados no quadro 4 a seguir.

Quadro 4. principais padrões dietéticos para a perda de peso.

Padrão dietético	Benefícios	Principais características
ALIMENTAÇÃO CARDIOPROTETORA (ABESO, 22; Ministério da Saúde, 2018)	Minimiza/elimina o risco cardiovascular causado pelo sobrepeso e a obesidade, contribuindo para a manutenção da saúde global do indivíduo. Incentiva o consumo de alimentos tipicamente brasileiros, *in natura* minimamente processadose processados.	Isenta de ácidos graxos trans (gordura vegetal hidrogenada). Reduzida em ácidos graxos saturados (carnes, óleo de palma, cacau, leite, coco). Aporte adequado de alimentos fontes de ácidos graxos insaturados (sementes oleaginosas como nozes, castanhas e avelãs, linhaça, chia, azeite, óleo de girassol, milho, canola e soja, peixes de água fria profunda).
DASH (ABESO, 2022)	Originalmente desenvolvida como estratégia terapêutica não medicamentosa para a redução da pressão arterial sistêmica (HAS). Prevenção e tratamento de doenças cardiovasculares, acidente vascular cerebral, HAS, DM2 e obesidade.	Menor percentual de gorduras e a restrição do consumo de sódio. A aderência ao padrão DASH não se sobrepõe aos efeitos deletérios de um consumo elevado de alimentos ricos em açúcares e ácidos graxos saturados.
MEDITERRÂNEO (DOMINIQUE DURRER SCHUTZ et al., 2019; SOFI et al., 2010; ABESO, 2022).	Prevenção e tratamento das doenças crônicas. Benefícios metabólicos nos indivíduos com excesso de peso corporal. Redução de mortes e incidência de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares, neoplásicas e neurodegenerativas	Alto teor de vegetais, frutas, legumes, alimentos integrais, alimentos ricos em ácidos graxos, ômega-3, peixes, nozes e queijos brancos, a dieta também inclui gorduras insaturadas, como azeite, abacate e oleaginosas. Preconiza a atividade antioxidante dos alimentos, consumo de gorduras saudáveis e alto teor de fibras.
DIETA BASEADA EM VEGETAIS (PLANT-BASED DIET) E DIETA VEGETARIANA (ABESO, 2022)	Prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade.	Estimula a presença de muitas hortaliças, frutas, cereais integrais, leguminosas, sementes oleaginosas; Reduz o consumo de alimentos ultraprocessados, gorduras e alimentos de origem animal, Menor consumo de vitamina B12, presente prioritariamente em alimentos de origem animal: dietas isentas de alimentos de origem animal devem incluir a suplementação de vitamina B12. Pode ser utilizada desde que apropriado ao estilo de vida do indivíduo e que planejada por um profissional capacitado para oferecer os diferentes grupos alimentares em proporções adequadas.

Fonte: Elaboração própria, 2023.

b) Abordagem individual quantitativa

Uma dieta planejada individualmente para criar déficit calórico deve fazer parte de programas de perda de peso. Segundo as Diretrizes Brasileiras de Obesidade (ABESO, 2016), é recomendável usar dietas balanceadas, planejadas individualmente e calculadas para promover um déficit de 500 a 1.000 kcal/dia, com o intuito de reduzir de 0,5 a 1,0 kg por semana, com metas realistas. Sugere-se manter um mínimo de 1.000 a 1.200 kcal/dia para mulheres e 1.200 a 1.400 kcal/dia para homens. Dietas com baixas calorias, com 1.000 a 1.200 kcal/dia, reduzem em média 8% do peso corporal, em três a seis meses, com diminuição de gordura abdominal, com perda média de 4% em três a cinco anos.

O quadro 5 a seguir resume as recomendações para o consumo de gorduras, carboidratos e proteínas.

Quadro 5. Recomendações nutricionais para perda de peso segundo a Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica.

	Mulheres	**Homens**
Para déficit de 500 a 750kcal/dia	1200-1500 kcal/dia	1500-1800 kcal/dia
Para déficit de 500 a 1000kcal/dia	1000-1500 kcal/dia	1200-1500 kcal/dia
Gorduras Totais	< 30% do VCT	
Carboidratos	55-60% do VCT	
Proteínas	15-20% do VCT	

Fonte: Adaptado de ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA, 2016.
Legenda: VCT - Valor Calórico Total.

A *Obesity Medicine Association* (BAYS HE et al., 2020), propõe um consumo energético diário entre 1.200 e 1.800 kcal, com variação de 1.200 a 1.500 kcal/dia para mulheres e 1.500 a 1.800 kcal/dia para homens. Além disso, faz-se uma proposta para distribuição de macronutrientes: menos de 30% das calorias diárias provenientes de gorduras, quantidade de carboidratos entre 50 e 150 g por dia e 0,8 a 1,0 g de proteína por quilogramas de peso por dia. A restrição de gorduras na dieta leva a maior redução do colesterol total e do LDL- colesterol, enquanto a restrição dos carboidratos da dieta leva a maior redução dos triglicérides, da glicose sérica e da hemoglobina glicada.

Embora seja cientificamente interessante explorar as distribuições de macronutrientes nas dietas, comem-se alimentos e não nutrientes. Sendo assim, é interessante adotar uma abordagem baseada em alimentos, seguindo as diretrizes alimentares nacionais. Uma metanálise examinou a perda de peso após vários tipos de dietas, sintetizando os resultados de 121 estudos. A análise tem limitações, mas demonstra que a redução da ingestão de energia na dieta - independentemente da composição dos macronutrientes resulta em modesta perda de peso após seis e doze meses. Já alterações

na proporção de carboidratos (dieta *low carb*) promovem rápida perda de peso inicial, o que pode ser motivador. Contudo, grandes mudanças nas escolhas alimentares habituais podem ser difíceis de sustentar, portanto, é importante focar na melhor forma de manter a perda de peso alcançada, independente do tipo de dieta (GE et al., 2020).

Fibras

A ingestão adequada de fibras, de 25 a 38 g ao dia, preferencialmente as solúveis, pode facilitar a perda de peso, uma vez que tais fibras aumentam a viscosidade do conteúdo intestinal, promovem distensão gástrica, reduzem a velocidade e a absorção de nutrientes, retardam o esvaziamento gástrico, além de modular a incretina e os hormônios supressores do apetite, gerando uma maior sensação de saciedade, criando um déficit de energia. Assim, as fibras podem ser uma ferramenta eficaz na dieta visando a perda de peso (JOVANOVSKI etal, 2020). Além disso, o seguimento de padrões alimentares equilibrados, com alimentos ricos em fibras, impactam positivamente na saúde da microbiota intestinal. As bactérias retiram energia das fibras por meio de fermentação de polissacarídeos, gerando ácidos graxos de cadeia curta (AGCC), principalmente acetato, butirato e propionato, utilizados como substrato energético para os colonócitos, lipogênese e gliconeogênese hepática (ABESO 2022).

Dietas *Low Carb* (reduzida em carboidratos) e cetogênica

O consumo de carboidratos é correlacionado com muita frequência à obesidade. Na década de 60 essa associação foi reforçada. A população estadunidense foi incentivada a diminuir a ingestão de gordura devido à alta prevalência de doenças cardiovasculares. Seguindo a recomendação houve uma diminuição na ingesta de gordura e aumento do consumo de carboidrato, tal feito coincidiu com aumento dos casos de obesidade, quando comparado ao período anterior (2007-2008). Entretanto, essa associação deve ser analisada com cautela, haja vista que o consumo de carboidratos passou de 44% para 48,7% do valor calórico total (VCT), enquanto o consumo de gorduras passou de 36,6% para 33,7% do VCT. Observou-se que, neste período, houve um aumento importante na ingestão de carboidratos simples. Portanto, os carboidratos não podem ser responsabilizados isoladamente pelo aumento da obesidade entre a população americana (BRASIL, 2022). Apesar dos resultados de estudos ainda serem muito divergentes, muitos mostram superioridade de dietas pobres em carboidratos, *low carb*, em relação às dietas pobres em gorduras na perda de peso, sendo mais segura sua utilização a curto ou médio prazo (3 a 6 meses), uma vez que pode acarretar em monotonia dietética (baixo consumo de grãos integrais, frutas e fibras, inerente em dietas pobres em carboidrato) e que carecem de mais estudos que comprovem sua eficácia.

Ademais, já foi verificado um aumento nas concentrações plasmáticas de LDL-colesterol com esse tipo de dieta (BRASIL, 2022). Recentemente, a dieta cetogênica voltou a ganhar notoriedade como estratégia para o tratamento da obesidade e DM2, possivelmente em razão da propagação de dietas que promovem rápido emagrecimento em curto prazo (BRASIL, 2022). A dieta cetogênica proporciona aumento na produção de corpos cetônicos devido ao expressivo conteúdo de gorduras em detrimento da baixa quantidade de carboidratos na dieta. No entanto, apesar de seu efeito agudo na perda de peso ter sido observado em alguns estudos, é importante ponderar os riscos, benefícios e a sua aplicabilidade, visando minimizar ou evitar prejuízos aos pacientes (BRASIL, 2022). Por ser uma dieta muito radical, induzir diminuição de massa magra, não promover alimentação balanceada, com equilíbrio entre os macro e micronutrientes, e não favorecer aderência a hábitos alimentares saudáveis, as principais diretrizes nacionais não recomendam a dieta cetogênica para o tratamento nutricional da obesidade, considerando-se que o tratamento da obesidade ocorre a longo prazo (BRASIL, 2022).

Obesidade sarcopênica

Nos últimos anos tem-se percebido que indivíduos com obesidade apresentam aumento de massa adiposa que muitas vezes se associa a uma redução importante na massa muscular esquelética: a obesidade sarcopênica (HEBER et al., 1996). As condutas dietéticas para obesidade têm sido amplamente discutidas, porém as condutas para prevenção e tratamento da obesidade sarcopênica ainda são pouco mencionadas.

O déficit nutricional associado à sarcopenia se dá principalmente pela ingestão inadequada de proteínas, mesmo que a ingestão energética total seja satisfatória. A restrição energética isoladamente apresenta-se como fator adjuvante do processo de perda de peso, embora este resultado possa ser alcançado tanto pela perda de gordura corporal como de massa muscular (TROUWBORST et al., 2018). Sugere-se que indivíduos com obesidade sarcopênica façam uso de uma dieta ligeiramente hiperproteica, sendo esta considerada acima de 1,0 g de proteína por quilogramas de peso e que se monitore a composição corporal para avaliação da massa muscular. O aumento na cota proteica deve ter ênfase em proteínas ricas em aminoácidos essenciais, especialmente a leucina, por ser o principal estimulante da síntese proteica (TROUWBORST et al., 2018).

Quando há necessidade de suplementar o aporte proteico da dieta, a prescrição do *whey protein* pode ser recomendada, apesar de não existir justificativa bem embasada cientificamente para a sua indicação no tratamento para perda de peso (ABESO, 2022; ANDRADE et al., 2015).

c) Abordagem coletiva

Embora ainda sejam poucos os estudos que comparem a efetividade da abordagem coletiva versus a individual, uma revisão sistemática baseada na análise de ensaios clínicos randomizados e revisões relacionadas à efetividade de estratégias de tratamento de pessoas com obesidade mostrou melhores resultados da redução de peso em indivíduos participantes de intervenções coletivas (PAUL-EBHOHIMHEN; AVENELL, 2009). Esses resultados são coerentes com um estudo de intervenção norte-americano de 26 semanas, realizado com adultos de 21 a 59 anos, que apontou que os indivíduos apresentaram resultados melhores a partir da intervenção em grupo mesmo quando alegaram preferir a abordagem individual (RENJILIAN et al., 2001). Além disso, o abandono do tratamento parece ser menor em intervenções coletivas, como indicado por Minniti e colaboradores (2007), em trabalho desenvolvido com 129 mulheres de 18 a 65 anos de idade, ao longo de seis meses.

As atividades coletivas como oficinas educativas, devem potencializar a capacidade dos sujeitos para a construção de uma vida saudável mediante o desenvolvimento da autonomia e da cidadania. O grupo possibilita a realização de construções coletivas a partir do contato com diferentes realidades o que maximiza a capacidade de superação de obstáculos diante de novas situações (BRASIL, 2016).

Um grupo pode ser aberto ou fechado. A escolha depende de fatores como demanda, objetivos terapêuticos, infraestrutura e tempo disponível. O grupo fechado tem sido indicado para o cuidado de pessoas com sobrepeso e obesidade. Este tipo de grupo possui um número pré-estabelecido de encontros, e inicia e termina com os mesmos participantes, sugere-se no máximo 20. Devido ao maior convívio dos envolvidos, o grupo fechado favorece o vínculo, reforça a confiança mútua e o compartilhamento de experiências. Além disso, reduz a necessidade de repetição de informações, sendo a cada encontro discutidos novos temas, evitando a desmotivação. Entretanto, exige maior cuidado no planejamento e condução pela equipe. Para garantir a participação ativa no grupo, o número de participantes deve garantir que todos se manifestem e se sintam assistidos, sem colocar em risco a comunicação visual e auditiva (BRASIL, 2021).

As atividades coletivas devem ser conduzidas por profissionais de nível superior que constituem a equipe de cuidado à pessoa com sobrepeso e obesidade e devem propiciar a participação de mais de um profissional da equipe. Para o adequado planejamento das atividades coletivas é essencial que os profissionais destinem carga horária de trabalho, inclusive para consultar a literatura e se atualizar. O facilitador é o profissional mediador das atividades coletivas. A forma como se posiciona, sua postura, habilidades de comunicação e empatia podem interferir no sucesso e adesão do grupo. Desta forma, algumas de suas características são importantes para o trabalho em grupo.

Entretanto, sabemos que nenhum profissional possui estas características em sua totalidade. O importante é trabalhar em equipe, pois assim papéis se alternam e habilidades se somam. Realizar o movimento de autocrítica e buscar o aperfeiçoamento das habilidades é fundamental para o melhor resultado do trabalho (BRASIL, 2021).

As atividades podem ser realizadas no ambiente da própria unidade de atenção à saúde ou outro ambiente disponível no território. Elas podem ocorrer de maneira intercalada com as consultas individuais. Para a execução das atividades coletivas, orienta-se concentrar atividades em grupo especificamente direcionadas para o cuidado de pessoas com sobrepeso e obesidade, visando melhorar a qualidade de vida delas por meio da mudança de comportamento, adoção de alimentação adequada e saudável, prática de atividade física, redução do peso corporal ou manutenção para aqueles com histórico de ganho de peso frequente. Devem-se evitar estigmatização e constrangimento dos participantes por parte dos profissionais, trabalhadores e usuários do serviço de saúde, em especial nos momentos de avaliação antropométrica e nas escolhas dos nomes dos grupos (BRASIL, 2022).

Atividades educativas para pessoas com sobrepeso e obesidade devem ser realizadas de forma completa. O objetivo da ação não pode ser voltado apenas para a adesão de um plano alimentar. As atividades devem ser integrativas e acolhedoras, voltadas para a realidade de cada usuário. O Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional (EAN) para as Políticas Públicas e Guia Alimentar para a População Brasileira são referências para as ações coletivas no setor saúde. O Marco de Referência de EAN para as Políticas Públicas recomenda que as ações de EAN aconteçam a partir de atividades reflexivas e geradoras de autonomia. A abordagem crítico-reflexiva pode ser orientadora de mudanças positivas das práticas de saúde e das ações educativas (BRASIL, 2021).

Existem várias estratégias que podem ser utilizadas para atividades coletivas como oficinas, ações no ambiente, mensagens por aplicativo ou escritas, diário de bordo, dentre outros. É importante enfatizar que as estratégias para os grupos deverão ser factíveis com a realidade local e podem ser modificadas. Caso haja dificuldades para ofertar simultaneamente os diferentes tipos de grupos propostos, uma boa alternativa é a condução compartilhada dos grupos por todas as equipes da unidade de saúde, assim o grupo deixa de ser de determinada equipe e passa a ser de responsabilidade de toda a unidade. O uso de tecnologias de comunicação propicia maior frequência das ações e reforço do conteúdo presencial. Ademais, as informações são acessadas no momento e no local em que o usuário julgar viável, contribuindo para conveniência, autonomia, e participação de usuários com dificuldades de acesso aos serviços de saúde. Sugere-se o uso de tecnologias de comunicação entre os encontros visando fortalecer a adesão;

entretanto, o seu uso não deve ser excessivo a ponto de incomodar o usuário ou sobrecarregar os profissionais (BRASIL, 2021; RODRIGUES; PROENÇA, 20211).

Saiba mais sobre essas estratégias e outros assuntos em Instrutivo de abordagem coletiva para manejo da obesidade no SUS disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/instrutivo_abordagem_coletiva.pdf.

Vale ressaltar ainda que, nas atividades coletivas para usuários com obesidade é importante registrar e monitorar dados que vão além de sexo, idade e cadastro na unidade de saúde. Algumas informações que devem ser incluídas são: evolução da prontidão de mudança e da autoeficácia para reduzir peso, hábitos alimentares, prática de atividade física/exercício físico, medidas antropométricas, etc. Além dos instrumentos oferecidos pelos sistemas de informação do SUS, existem outros que podem ser úteis no registro e monitoramento das atividades coletivas como diário de bordo, diário de campo, telemonitoramento (BRASIL, 2021).

Diferentes instrumentos podem ser utilizados simultaneamente para avaliar atividades coletivas. Os quantitativos caracterizam-se por perguntas objetivas, realizadas por questionário estruturado ou semiestruturado. Já os qualitativos constam de perguntas subjetivas de aspecto reflexivo, conduzidas por falas e impressões, obtidas em roteiros de entrevista, utilizados para guiar a conversa com o participante. Recomenda-se que a avaliação de atividades coletivas contemple as três etapas:

1) observação da estrutura física e do processo de trabalho, conforme o entendimento da equipe local;
2) avaliação do perfil dos usuários (Ex.: sexo, idade, escolaridade, prontidão para mudanças, etc.) e dos desfechos de interesse;
3) avaliação pelos participantes dos encontros e atividades desenvolvidas (BRASIL, 2021).

d) Abordagem comportamental

Um ponto importante de reflexão refere-se ao fato de que a abordagem terapêutica aplicada de forma isolada, pode não ser suficiente para promover mudanças de estilo de vida de um indivíduo, uma vez que a obesidade é uma doença crônica multifatorial e também uma condição cognitiva comportamental. Assim, a associação de tratamento comportamental é fundamental para que o indivíduo desenvolva habilidades que contribuirão para atingir o peso saudável (ABESO, 22).

A mudança de comportamentos de saúde envolve distintos graus de motivação e prontidão para mudar. Intervenções tradicionais, baseadas em modelos pedagógicos verticais e na transmissão de conteúdo, tendem a ser pouco efetivas. Já intervenções baseadas em referencial teórico e em evidências científicas tendem a alcançar maior

sucesso. Nesse sentido, diferentes teorias, na maioria das vezes provenientes do campo da Psicologia, têm sido utilizadas. Entre elas, se destacam pelo seu potencial e recomendação em materiais do Ministério da Saúde e disponibilidade de evidências científicas, o Modelo Transteórico (MT) e a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) (BRASIL, 2021).

O MT utiliza a construção de fases de mudança, ou seja, ao invés de modificar os comportamentos considerados inadequados de maneira direta e abrupta, a pessoa o faz em etapas, no contexto de um equilíbrio decisional, buscando autoeficácia no processo de mudança. Intervenções que utilizam este modelo baseiam-se no conceito de que mudanças de comportamento ocorrerão quando, e somente se, o indivíduo estiver disposto a isso (TASSITANO et al., 2014; PROCHASKA, VELICER, 1997).

No cuidado da pessoa com sobrepeso e obesidade no SUS, considera-se fundamental compreender o estágio de mudança em que se encontra, visando delinear ações efetivas e promover a adesão às propostas terapêuticas. Existem cinco estágios de motivação: pré- contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção. Com base na classificação dos estágios de mudança e na autoeficácia, os usuários com sobrepeso e obesidade poderão ser direcionados para grupos planejados para atender às suas necessidades. O Instrutivo de abordagem coletiva para manejo da obesidade no SUS sugere um questionário para identificação do estágio de motivação bem como a criação de três grupos terapêuticos e um grupo motivacional de acordo com cada estágio, descrevendo as estratégias, objetivos e atividades de cada grupo, bem como um fluxograma de condução dos mesmos (BRASIL, 2021).

A TCC baseia-se em um conjunto de teorias que apresentam dois princípios centrais: 1) nossas cognições têm influência controladora sobre nossas emoções e comportamentos e; 2) o modo como agimos ou nos comportamos pode afetar profundamente nossos padrões de pensamento e emoções.

O uso da TCC no cuidado da pessoa com sobrepeso e obesidade tem foco direto nos comportamentos a serem modificados e nos ambientes onde esses comportamentos ocorrem. O uso de elementos da TCC no manejo da obesidade é diferente da psicoterapia tradicional, pois não objetiva tratar transtornos psiquiátricos, mas facilitar a aquisição de habilidades necessárias para mudar comportamentos relacionados à obesidade (BRASIL, 2021).

Algumas técnicas utilizadas pela TCC e pelo MT são: identificação de motivações e expectativas com o tratamento (alívio dramático), definição de objetivos (auto-liberação), automonitoramento e mudanças no ambiente (condicionamento contrário e controle de estímulos), reforço positivo (administração de contingências). Para saber mais acesse o Instrutivo de abordagem coletiva para manejo da obesidade no SUS disponível em

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/instrutivo_abordagem_coletiva.pdf.

É válido ressaltar que outro fator que pode impactar diretamente no ganho de peso e outros agravos à saúde é o consumo de bebidas alcoólicas, que possuem alto teor de calorias vazias (calorias que não possuem micronutrientes). Segundo a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) de 2017-2018, o alimento mais consumido fora de casa (em áreas urbanas) foi a cerveja (50,1%). As bebidas destiladas também estavam entre as que apresentaram maior prevalência de consumo (39,1%).

É importante destacar também os danos à saúde provocados pelo consumo de álcool que são evitáveis. As recomendações frente ao tratamento de algumas doenças como a diabetes, hipertensão, dislipidemia e a obesidade é que a partir do momento em que é iniciado o acompanhamento seja feito o cessar, ou a redução da ingestão de bebidas alcoólicas, já no caso do tratamento cirúrgico da obesidade ocorre a orientação para não consumir bebidas alcoólicas nos primeiros quinze (15) dias após cirurgia bariátrica.

e) Atividade física, comportamento sedentário e sono

Recentemente, a atividade física tem sido abordada de forma conjunta e integrada ao comportamento sedentário e o sono, visto que, as formas como as 24 horas do dia são ocupadas com um desses comportamentos, irá refletir automaticamente no tempo disponível para os outros, demonstrando a forte interação que eles têm entre si. Ademais, as evidências apontam que os três comportamentos interferem diretamente na saúde, bem-estar e qualidade de vida dos indivíduos (ROSS et al., 2020). Sendo assim, nesta sessão do tratamento da obesidade será discutida a importância de conciliar as 24 horas do dia entre: atividade física; comportamento sedentário; e sono.

Frequentemente os termos atividade física e exercício físico são utilizados de forma intercambiável, porém há diferenças conceituais importantes que precisam ficar claras para a compreensão do tema. A atividade física é um termo amplo que inclui qualquer movimento voluntário do sistema musculoesquelético, elevando o gasto energético acima do nível energético em repouso. Sendo assim, a atividade física pode ser realizada em diferentes circunstâncias do dia a dia como no tempo livre, deslocamento, trabalho/estudos/ocupação e tarefas domésticas. Por sua vez, o exercício físico é a atividade física planejada, estruturada e frequente com o objetivo de aperfeiçoar ou manter a aptidão física e a saúde. Portanto, todo exercício físico é uma atividade física, mas nem toda atividade física é um exercício físico (BRASIL, 2021). Então, como exemplo, dançar em uma festa de forma ocasional será uma atividade física, mas a participação regular de aulas de dança será exercício físico.

Além disso, é importante entender os termos: comportamento sedentário e sono.

Comportamento sedentário envolve atividades enquanto se está acordado realizadas na posição sentada, reclinada ou deitada, e que promovem pouco gasto energético, como quando em frente às telas (TV, celular, tablets e videogames), na rede, no carro, estudando ou bordando (BRASIL, 2021). Por sua vez, sono é a supressão reversível da atividade perceptivo-sensorial e motora voluntária.

f) Recomendações para adultos

A Figura 1 resume esquematicamente quais são as recomendações sobre atividade física, comportamento sedentário e sono para os indivíduos adultos com obesidade:

- Grande parte das 24 horas do dia é ocupada pelo sono, por isso ele está na base da figura. Para adultos é recomendada a duração de 7 a 9 horas de sono, prioritariamente contínuas e no período noturno. O sono deve ser de qualidade e com horários regulares de ir dormir e acordar.
- As atividades físicas em leve intensidade, incluindo a postura em pé, devem ser realizadas em todas as oportunidades. A recomendação é que enquanto despertos a maior parte do tempo deve ser despendido de forma ativa, isto é: estar em movimento, o tempo todo e em todos os lugares. Tanto que, a OMS tem uma campanha com o lema “Todo movimento conta”.
- As atividades aeróbias devem ser realizadas pelo menos 3 vezes na semana e é recomendado evitar ficar sem realizá-las por mais de 2 dias consecutivos. No geral, apesar de serem recomendados pelo menos 150 min acumulados de atividade aeróbia em moderada intensidade para a população adulta e idosa, no contexto do sobrepeso e obesidade, as evidências sugerem que, associado à redução de ingestão calórica, podem ser necessários mais de 150 minutos para eliminação de peso (BULL et al., 2020). Dessa forma, as diretrizes que se referem sobre o manejo do sobrepeso e obesidade recomendam a realização semanal de pelo menos 300 minutos acumulados de atividade aeróbia em moderada intensidade. Sabendo-se que, dois minutos de atividade aeróbia em moderada intensidade equivale a um minuto em vigorosa intensidade, é estabelecida correspondência com: 150 minutos acumulados em vigorosa intensidade ou combinação equivalente entre moderada e vigorosa intensidades. Apesar de qualquer atividade física ser interessante para a saúde, as diretrizes trazem essa referência quantitativa mínima em moderada e vigorosa intensidades pois os benefícios à saúde são maiores nessas intensidades. Intensidade mais alta exige menos tempo para completar um determinado volume de atividade física e acarreta maiores ganhos na aptidão cardiorrespiratória, mas não está associada a maior eliminação de gordura (BOULÉ et al., 2020). Desse modo, o

presente protocolo dará destaque à atividade aeróbia em moderada intensidade, sugerindo a realização de no mínimo 5 vezes de 60 minutos por semana, acreditando que a com essa generalização da informação está diminuindo barreiras, simplificando a comunicação e favorecendo o cumprimento da meta pela a maior parte dessa população.

- Atividades de fortalecimento dos músculos e ossos devem ser realizadas no mínimo 2 vezes por semana, em dias não consecutivos (BRASIL, 2021). Para indivíduos adultos com obesidade sugere-se que inicialmente o treinamento seja constituído de 5 a 10 exercícios envolvendo grandes grupos musculares; perfazendo 3 a 4 séries com 10 a 15 repetições de cada exercício.
- O comportamento sedentário está no topo pois deve ser raro e limitado. Sempre que possível, o comportamento sedentário deve ser evitado ou substituído por atividade física de qualquer intensidade. Sugere-se que a cada 60 minutos de comportamento sedentário, sejam realizadas interrupções de pelo menos cinco minutos, mantendo uma postura em pé ou realizando atividade física (BRASIL, 2021).

Figura 1. Esquema das recomendações de atividade física, comportamento sedentário e sono para o tratamento da obesidade em adultos (18 a 64 anos). No esquema está representada a distribuição do tempo ao longo de uma semana em relação às atividades físicas, o comportamento sedentário e o sono.

Fonte: Elaboração própria, 2023.

Inicialmente, o nível mínimo de atividade física recomendado pode parecer uma meta difícil de se alcançar. Mas é preciso compreender que a mudança de estilo de vida é um processo gradual, contínuo e merece um planejamento estratégico com metas realistas a curto, médio e longo prazo. Considerando-se a ampla definição de atividade física, pode-se, com criatividade, identificar oportunidades para fazer curtos períodos de

atividade física, os quais acumulados contribuem para alcançar a meta planejada. Sempre é importante lembrar que, mesmo não atingindo o nível mínimo de atividade física recomendado, qualquer quantidade e intensidade de atividade física traz benefícios para a saúde, tanto que a OMS lançou em 2020 o lema: “Todo movimento conta” (OMS, 2020).

8.3 Tratamento Farmacológico

Em algumas situações em que ocorre falta de êxito, de forma sucessiva, na perda de peso, pode ser necessário o uso de terapia farmacológica como coadjuvante ao tratamento da obesidade e sobrepeso (BRASIL, 2014).

Todos os medicamentos têm potencial para causar reações adversas, portanto, deve-se considerar esses riscos ao uso de quaisquer medicamentos. Nesse contexto, a Assistência Farmacêutica pode atuar no cuidado à pessoa com sobrepeso e obesidade, sendo fundamental na educação em saúde, identificação de reações adversas (quando em uso de medicamentos) e rastreio de possíveis comportamentos de risco, considerando as vivências individuais experienciadas por cada pessoa.

O profissional farmacêutico é um dos profissionais de saúde mais próximos da população e tem capacidade técnica para exercer suas atribuições clínicas de tal forma que as políticas de autogestão de saúde não se confundam com as práticas de automedicação, que em última instância podem conduzir a um consumo exagerado de produtos não sujeitos a receita médica.

A participação do farmacêutico no Projeto Terapêutico Singular (PTS) e Matriciamento na APS, no contexto do cuidado à pessoa com sobrepeso ou obesidade, pode possibilitar a elaboração de ações mais horizontais, integrando diversos componentes e saberes, instrumentalizando-os para o cuidado integral da pessoa que vive com obesidade.

8.3.1 Fármaco(s)

Análogo de GLP-1 com 97% de homologia ao GLP-1 humano, a liraglutida é uma droga antiobesidade, que age estimulando a saciedade e inibindo a fome.

O medicamento estimula a secreção de insulina, reduz a secreção inapropriadamente alta de glucagon e melhora a função das células beta de forma dependente de glicose, o que resulta em redução da glicemia de jejum e pós-prandial. O mecanismo de redução da glicemia também envolve uma diminuição da velocidade do esvaziamento gástrico.

A liraglutida é segura tanto no aspecto psiquiátrico, quanto cardiovascular, e não apresenta interações com medicações de ação central, anti-hipertensivas e outras.

Atualmente a liraglutida é o único medicamento padronizado pela SES-DF para tratamento da obesidade. A Nota Técnica de Tratamento da Obesidade com Liraglutida apresenta os critérios de seleção dos usuários, bem como o fluxo de acesso ao tratamento da obesidade com a liraglutida, no âmbito da SES-DF.

Os medicamentos disponibilizados pela SES/DF podem ser consultados na Relação de Medicamentos, conforme sítio eletrônico https://www.saude.df.gov.br/reme-df. Os locais de dispensação de cada medicamento também podem ser consultados na Relação de Medicamentos do Distrito Federal (REME-DF).

Os médicos endocrinologistas dos ambulatórios especializados da SES/DF serão os responsáveis pela prescrição dos pacientes elegíveis para o tratamento com a liraglutida, comprovando que os mesmos já fazem acompanhamento com equipe multiprofissional para orientação nutricional, atividade física e mudanças comportamentais, de acordo com as informações apresentadas no Relatório Médico Padronizado. Nas regiões de saúde onde não há equipe multiprofissional atuando junto à endocrinologia, o paciente poderá comprovar que recebeu orientações de mudança de vida acima mencionadas mediante relatório emitido pela equipe eMulti (antigo Núcleo de Apoio da Saúde da Família), que deverá ser apresentado ao médico endocrinologista assistente.

Já a fluoxetina é um fármaco utilizado como coadjuvantes no tratamento para sobrepeso ou obesidade. Um dos agravos adjacentes associados ao sobrepeso e obesidade é a depressão, uma vez que é um agravo que, por conta de fatores específicos, pode levar à alteração no apetite e na regularidade nas atividades físicas (BLASCO et al., 2020; PLACKETT, 2022).

A fluoxetina é um inibidor seletivo da recaptação de serotonina no terminal pré-sináptico, com indicação para tratamento de depressão e bulimia nervosa, mas sem indicação de uso no tratamento direto do sobrepeso e da obesidade. Entretanto, devido à sua ação antidepressiva, apoia o cuidado à pessoa com sobrepeso e obesidade no controle da depressão, ansiedade e compulsão alimentar (MANCINI, 2002).

Existem protocolos em andamento que tratam sobre fármacos padronizados na SES-DF, que auxiliam e potencializam o tratamento da obesidade. Os referidos protocolos estão disponíveis no site https://www.saude.df.gov.br/protocolos-da-ses-cppas.

8.3.2 Esquema de Administração

Não se aplica.

8.3.3 Tempo de Tratamento – Critérios de Interrupção

A obesidade é uma doença crônica e por isso o tratamento deve ser contínuo. Possibilidade de ser transitório para os casos de obesidade e gravidez. Passível de

exclusão temporária ou definitiva em usuários que não apresentarem boa aderência por meio de comparecimento regulares às consultas com médico e profissionais de saúde, que apresentarem critérios de exclusão, contraindicação ou recusa em seguir as rotinas do programa.

8.4 Tratamento cirúrgico

A cirurgia bariátrica é o tratamento mais eficaz e eficiente para pessoas com obesidade grave, a médio e longo prazo. Contudo, é um tratamento mais invasivo e pode não ser apropriado para muitos. A cirurgia bariátrica é considerada para as pessoas com IMC ≥ 40 kg/m² ou aqueles com IMC entre 35 e 40 Kg/m², com a presença de doenças associadas, que não responderam ao tratamento conservador realizado (medicamentos, dieta, psicoterapia, atividade física) por um período de 2 anos (BRASIL, 2017). Para mais informações acessar o Protocolo de Regulação de Consultas e Procedimentos Cirúrgicos do Serviço de Cirurgia Bariátrica da SES-DF, disponível no link https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/87400/Protocolo-de-Regulacao-de-Consultas-e-Procedimentos-Cirurgicos-do-Servico-de-Cirurgia-Bariatrica-da-SES-DF.pdf/b9b49d82-83c5-0428-2491-21fa0c246319?t=1648657937182.

9- Benefícios Esperados

A obesidade tem crescido em um ritmo muito acelerado, tornando-se um dos maiores desafios da saúde pública, tanto em nível econômico quanto em nível epidemiológico. A elaboração do protocolo de **"Prevenção e Manejo do Sobrepeso e Obesidade em pessoas maiores de 18 anos de idade"**, construído baseado em diretrizes nacionais e internacionais, visa organizar, aprimorar e proporcionar integralidade e maior equidade no manejo destes pacientes atendidos nas diversas áreas técnicas envolvidas na prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade na rede SES-DF.

Neste protocolo estão disponíveis informações baseadas em evidências científicas acerca do rastreamento e do diagnóstico do sobrepeso e obesidade na população brasileira, da mudança de hábitos alimentares, da prática de exercícios físicos e de outras ações que visam a redução de peso. Além disso, o protocolo estabelece as condições clínicas que requerem tratamento por nível de atenção, auxiliando os profissionais de saúde nas tomadas de decisões mais efetivas, de acordo com as particularidades de cada usuário.

Protocolos clínicos bem desenvolvidos têm o potencial de aprimorar o cuidado multidimensional, a qualidade e efetividade da atenção e da alocação de recursos financeiros. Tais diretrizes devem ser pautadas em evidências científicas e minimizam os

riscos de iatrogenia, reduzem práticas inadequadas, conduzindo a melhores desfechos de saúde para o paciente assistido.

Portanto, espera-se que este material seja utilizado na condução da promoção da saúde, prevenção e tratamento, no treinamento e na padronização da atenção entre os profissionais envolvidos na assistência multiprofissional destes usuários, direcionando, ainda, as condutas de novos profissionais atuantes.

Ressalta-se que as diretrizes previstas neste protocolo atuam em consonância com as propostas do Ministério da Saúde para a prevenção e tratamento do sobrepeso e da obesidade.

10- Monitorização

O planejamento e o monitoramento das intervenções, proporcionam a integralidade e qualidade da atenção prestada a estes pacientes, resultando também em uma melhor organização do sistema de saúde.

Entretanto, existem inúmeras dificuldades e desafios na padronização da mensuração do acompanhamento e dos resultados alcançados no tratamento do sobrepeso e obesidade, haja vista que cada localidade apresenta um contexto, em que alguns indicadores terão maior potencial para acompanhamento da situação de saúde, de acordo também com o processo de trabalho necessário para sua obtenção. Todos estes fatores precisam ser considerados na elaboração de propostas de monitoramento, sugerindo-se metas factíveis aos serviços (SANTOS, 2017).

O acompanhamento e tratamento do paciente pelos profissionais de saúde envolvidos, nos diferentes níveis de atenção, deve ser realizado em conformidade com as necessidades individuais, através de critérios de avaliação de conduta e de efeitos adversos que orientem o profissional à mudança no tratamento. Tais critérios estão elencados ao longo do texto do protocolo.

11- Acompanhamento Pós-tratamento

Atenção Primária à Saúde

1º) Atenção Primária à Saúde acolhe a pessoa com sobrepeso e obesidade e avalia o IMC;

2º) IMC entre 25 a 29,9 Kg/m² com ou sem comorbidade e 35 a 39,9 Kg/m² sem comorbidade → continuidade do acompanhamento multiprofissional na APS;

3º) 35 a 39,9 Kg/m² acompanhado há dois anos na APS com perda de peso < 5% → inserir o usuário no SISREG para consulta com endocrinologista;

4º) Acompanhamento continuado do usuário que fez cirurgia bariátrica e recebeu alta da Atenção Ambulatorial Secundária Especializada;

5º) IMC entre 35 a 39,9 Kg/m² com comorbidades ou IMC > ou igual a 40 Kg/m² com ou sem comorbidades → inserir o paciente no SISREG para consulta com Endocrinologista;

6º) IMC ≥ 50 inserir o paciente no SISREG para consulta na Cirurgia Bariátrica e Metabólica;

7º) Pessoas idosas (≥ 60 anos de idade) com pré-obesidade (IMC entre 28,0 a 29,9 Kg/m²), com ou sem comorbidades → continuidade do acompanhamento multiprofissional na APS;

8º) Pessoas idosas (≥ 60 anos de idade) com obesidade (IMC ≥ 30,0Kg/m²) sem comorbidades associadas ao sobrepeso e obesidade.

Atenção Ambulatorial Secundária Especializada (Endocrinologia):

1º) Atenção Ambulatorial Secundária realiza atendimento → Inicia tratamento clínico (MEV, tratamento medicamentoso, afastar causas endocrinológicas para obesidade);

2º) Esgotou tratamentos convencionais e possui indicação para cirurgia bariátrica → inserir o paciente no SISREG para consulta na Cirurgia Bariátrica e Metabólica;

3º) Pessoas com IMC ≥ 35 kg/m² que não atingiram a perda de 10% do peso corporal, porém participaram adequadamente das atividades do ambulatório de obesidade, sem desejo de realizar o tratamento cirúrgico da obesidade, prorrogaram sua participação no ambulatório por mais 1 ano;

4º) Pessoas que estão no pós-operatório de cirurgia bariátrica poderão ser redirecionadas para a APS após 18 meses da cirurgia, caso estejam estáveis conforme o fluxo da linha de cuidado de obesidade e sobrepeso da SES/DF;

5º) Pessoas idosas (≥ 60 anos de idade) com obesidade (IMC ≥ 30,0Kg/m²) e com a presença de comorbidades associadas ao sobrepeso e obesidade.

Obs: A RTD da Endocrinologia poderá viabilizar equipe técnica para revisão dos parâmetros e fluxos para o tratamento da obesidade com as informações baseadas em evidência científica sempre que necessário

12- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade – TER

Não se aplica.

13- Regulação/Controle/Avaliação pelo Gestor

O monitoramento das condutas do protocolo poderá ser realizado através da utilização e análise crítica de indicadores e de parâmetros que avaliam o estado nutricional, o consumo alimentar, o estilo de vida, as condições de saúde e as questões psicológicas e

emocionais das pessoas com sobrepeso e obesidade. O acompanhamento destes aspectos ao longo do tratamento do sobrepeso e da obesidade é de grande importância, inclusive para a definição de metas factíveis e para o devido acompanhamento epidemiológico de agravos e doenças, o que permite, ainda, a identificação de falhas e de dificuldades, a avaliação da segurança e do custo-efetividade do tratamento proposto.

É fundamental determinar as metas de perda de peso, objetivos de saúde e quais serão as estratégias de intervenção no tratamento. Mudanças de estilo de vida são parte do cuidado para o alcance dos objetivos. A longo prazo, o sucesso do tratamento depende de um conjunto de fatores, um deles é o constante cuidado na adequação do nível de atividade física e do controle da ingestão alimentar, além de outros fatores, como: apoio social, familiar e automonitorização (ABESO, 2016).

Além disso, os serviços de saúde dos três níveis de atenção da rede SES-DF podem se organizar para definir quais são os principais indicadores e parâmetros a serem utilizados neste monitoramento, de acordo com a realidade de cada serviço. Entretanto, como indicadores e parâmetros mínimos a serem coletados nos serviços para monitoramento do tratamento multidimensional do sobrepeso e obesidade em adultos, sugere-se a utilização de, no mínimo, os parâmetros e indicadores propostos abaixo, no quadro 6, segundo cada nível de atenção:

Quadro 6. Indicadores monitorados

NUMERAÇÃO	INDICADORES /FONTE	NÍVEL DE ATENÇÃO	SISTEMA DE INFORMAÇÃO
1	Percentual de usuários com sobrepeso ou obesidade.	Atenção Primária à Saúde	e-SUS APS e SISVAN (SISAPS)
2	Percentual de usuários com registro de marcadores de consumo alimentar.	Atenção Primária à Saúde	e-SUS APS e SISVAN (SISAPS)
3	Número de registros de condição avaliada “obesidade” na ficha de atendimento individual do e-SUS APS ou prontuário eletrônico	Atenção Primária à Saúde	e-SUS APS (SISAB)
4	Percentual de usuários que conseguiram alcançar o objetivo terapêutico (perda de 5 a 10% em 2 anos)	Atenção Ambulatorial Secundária Especializada	Trakcare
5	Número de pessoas que foram submetidasà cirurgia bariátrica	Atenção hospitalar	SIH e Ficha de Internação

Fonte: Elaboração própria, 2023

Dentre os critérios utilizados para escolha dos indicadores considerou-se a viabilidade de extração de relatórios por sistemas de informação de fácil acesso e utilizados nas rotinas dos serviços, bem como os processos de trabalho implantados na SES-DF. Os indicadores elencados serão utilizados pelos gestores e equipes de saúde para avaliar a implementação do referido protocolo.

14- Referências Bibliográficas

1. ABESO, Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. **Diretrizes Brasileiras de Obesidade**. Abeso. São Paulo, 2016.Disponível em: <https://abeso.org.br/diretrizes>. Acesso em: 30 jul 2020.

2. ANDRADE, Isabel Thomazi de; LANCHA JUNIOR, Antonio Herbert; CAMPOS-FERRAZ, Patrícia Lopes de. **Efeito da suplementação de proteína isolada do leite ou da soja na prevenção da perda de massa muscular em idosos saudáveis: uma revisão**. Nutrire Rev. Soc. Bras. Aliment. Nutr, p. 90-103, 2015.

3. ARAUJO, Carolline et al. **Mortalidade em pacientes com síndrome metabólica durante a pandemia de COVID-19: uma revisão sistemática**. Anais da Faculdade de Medicina de Olinda, v. 1, n. 8, p. 7-17, 2022.

4. Associação Brasileira de Nutrição. **Manual Orientativo: Sistematização do Cuidado de Nutrição**. São Paulo, 2014.

5. BAYS HE et al. **Obesity Algorithm Slides**. Obesity Medicine Association. 2020. Disponível em:www.obesity algorithm.org.>. Acesso em: 31 maio. 2020

6. BLASCO, Beatriz Villagrasa et al. **Obesidade e Depressão: Sua Prevalência e Influência como Fator Prognóstico: Uma Revisão Sistemática**. National library of medicine, p. 715-724, 17 de ago. 2020.

7. BOULÉ, Normand G; MSC, Denis Prud'homme. **Physical Activity in Obesity Management**. Guidelines, Canadá, 4 de ago. 2020. Disponível em: https://obesitycanada.ca/guidelines/physicalactivity. Acesso em: 10 dez 2020.

8. BRASIL. Conselho Federal de Medicina. RESOLUÇÃO CFM Nº 2.131/15. Especifica as comorbidades que poderão ter indicação para a realização da cirurgia bariátrica. Brasilia- Distrito Federal, jan, 2017.

9. BRASIL. Conselho Federal de Medicina. RESOLUÇÃO CFM Nº 2.172 de 2017. Reconhece a cirurgia metabólica para o tratamento de pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2sem resposta ao tratamento clínico convencional. Brasilia-Distrito Federal, Seção I, pag 205, dez, 2017.

10. BRASIL. **Década de Ação para a Nutrição: 2016 a 2025**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/decada-de-acao-para-a-nutricao-2016-a-2025/. Acesso em: 27 set. 20022.

11. BRASIL.Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Atenção primária à saúde e informações antropométricas**. IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE; 2020.

12. BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa nacional de saúde: 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões**. IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE; 2020.

13. BRASIL. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990.

14. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Alimentação cardioprotetora: Manual de orientações para profissionais de saúde da Atenção Básica**. Brasília, 2018. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/alimentacao_cardioprotetora_orien_pro_saude_ab.pdf.

15. BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília, 2013.

16. BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica obesidade**. Brasília: MS; 2014.

17. BRASIL. Ministério da Saúde. **Instrutivo: metodologia de trabalho em grupos para ações de alimentação e nutrição na atenção básica**. Universidade Federal de Minas Gerais. Brasília: MS; 2016. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/instrutivo_metodologia_trabalho_alimentacao_nutricao_atencao_basica.pdf. Acesso em: 13 set 2020.

18. BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2021.66 p.

19. BRASIL. Ministério da Saúde. **Material teórico para suporte ao manejo da obesidade no Sistema Único de Saúde**. Brasília: MS; 2021.

20. BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção básica de saúde**. Brasília: MS; 2009.

21. BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Matriz para Organização dos Cuidados em Alimentação e Nutrição na Atenção Primária à Saúde**. Brasília: MS; 2022.

22. BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientação alimentar de pessoas adultas com obesidade**. Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Universidade de Brasília, DF. v. 2, 2022. p. 37.

23. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº.3/GM, de 28 de setembro de 2017. Estabelece a Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2017.

24. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 424/GM, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Brasília, 2013.

25. BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria SCTIE/MS n.º 53, de 11 de Novembro de 2020. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Sobrepeso e Obesidade em Adultos. Brasília, 2020. Disponível em https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/20201113_pcdt_sobrepeso_e_obesidade_em_adultos_29_10_2020_final.pdf

26. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2. ed. Brasília, 2014a.

27. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de doenças e agravos não transmissíveis e Promoção da saúde. Vigitel Brasil 2021: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, 2021.

28. BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade Federal de Minas Gerais. Instrutivo de abordagem coletiva para manejo da obesidade no sus. Brasília: MS; 2021. Disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/instrutivo_abordagem_coletiva.pdf

29. BRASIL. Portaria N° 214, de 22 de março de 2021. Aprova a oferta de módulo de proteína para pacientes submetidos a cirurgia bariátrica. Diário Oficial da União. 24 mar. 2021. N. 57.

30. BULL et al., 2020. **Diretrizes da Organização Mundial da Saúde 2020 sobre atividade física e comportamento sedentário**. National Library of Medicine. p. 1451- 1462, 2020.

31. DOMINIQUE DURRER SCHUTZ et al. European Practical and Patient-Centred **Guidelines for Adult Obesity Management in Primary Care**. Obesity Facts, v. 12, n.1, p. 40–66, 2019. Disponível em: https://www.karger.com/Article/FullText/496183. Acesso em: 31 mai 2020.

32. GAZETA DO POVO. **Alimentos in natura, processados e ultraprocessados: conheça-os e entenda as diferenças**. FUNVERDE, [s.d.]. Disponível em: https://www.funverde.org.br/blog/alimentos-in-natura-processados-e-ultraprocessad os-conheca-os-e-entenda-as-diferencas/. Acesso em: 12 set. 2020

33. GE, L. et al. **Comparison of dietary macronutrient patterns of 14 popular named dietary programmes for weight and cardiovascular risk factor reduction in adults: systematic review and network meta-analysis of randomised trials**. BMJ, p. m696, 2020. Disponível em: <http://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmj.m696>. Acesso em: 14 abr 2020.

34. HEBER, D. et al. **Clinical detection of sarcopenic obesity by bioelectrical impedance analysis**. The American Journal of Clinical Nutrition, v. 64, n. 3 Suppl, p. 472S-477S, 1996. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8780366/>. Acesso em: 30 jul 2020.

35. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de orçamentos familiares 2017-2018: avaliação nutricional da disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil. Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

36. IBGE – Instituto brasileiro de geografia e estatística. Pesquisa Nacional de Saúde. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: https://tinyurl.com/yx9re6wc. Acesso em: 29 jan. 2021.

37. JOVANOVSKI E, et al. **Can dietary viscous fiber affect body weight independently of an energy-restrictive diet?** A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Am J Clin Nutr. v. 11, n. 1, p.471-485, 2020.

38. LEÃO, Juliana Medeiros et al. **Estágios motivacionais para mudança de comportamento em indivíduos que iniciam tratamento para perda de peso**. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, v. 64, p. 107-114, 2015.

39. MANCINI, Marcio C.; HALPERN, Alfredo. **Tratamento farmacológico da obesidade**. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia, v. 46, p. 497-512, 2002.

40. MELO, Maria Edna. **Doenças Desencadeadas ou Agravadas pela Obesidade**. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica – ABESO, 2011.

41. MINNITI, A. et al. **Individual versus group therapy for obesity: comparison of dropout rate and treatment outcome.** Eating and Weight Disorders, [s. l.], v. 12, n. 4, p. 161-167, 2007.

42. NILSON, Eduardo Augusto Fernandes et al. **Custos atribuíveis a obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde**, Brasil, 2018. Revista Panamericana de Salud Pública, v. 44, p. e32, 2020.

43. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Em evento na OPAS/OMS, Brasil assume metas para frear crescimento da obesidade até 2019: Disponível em http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5366&Itemid=821

44. PAIM, Marina Bastos; KOVALESKI, Douglas Francisco. **Análise das diretrizes brasileiras de obesidade**: patologização do corpo gordo, abordagem focada na perda de peso e gordofobia. Saúde e Sociedade, v. 29, 2020.

45. PAUL-EBHOHIMHEN, Virginia; AVENELL, Alison. **A systematic review of the effectiveness of group versus individual treatments for adult obesity**. Obesity facts, v. 2, n. 1, p. 17-24, 2009.

46. PEPE, Renata Bressan et al. **Posicionamento sobre o tratamento nutricional do sobrepeso e da obesidade**: departamento de nutrição da Associação Brasileira para o estudo da obesidade e da síndrome metabólica. ABESO, São Paulo, Abeso, 2022.p. 68-69, 2022.

47. PHELAN, S M et al**. Impacto do viés de peso e estigma na qualidade dos cuidados e resultados para pacientes com obesidade**. Wiley Online Library.v 16, n. 4, p. 319-326. 05 de março de 2015.

48. PLACKETT, Benjamin. **O ciclo vicioso da depressão e obesidade**. Nature, S42-S43,22 de ago. 2022.

49. PROCHASKA, Jo; VELICER wf. **O modelo trans-teórico da mudança de comportamento da saúde**. Am J Health Promot, v. 12, n. 1, p. 38–48, out. 1997.Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10170434. Acesso em: 31 mai 2020

50. REGO, Anna Larissa de Castro et al. **Tempo de espera de pacientes em fila para realização de cirurgia bariátrica e complicações relacionadas**. Rev. enferm. UFPE on line, p. 1025-1031, 2017.

51. RENJILIAN, David A. et al**. Individual versus group therapy for obesity: effects of matching participants to their treatment preferences. Journal of consulting and clinical psychology**. v. 69, n. 4, p. 717, 2001.

52. RODRIGUES, Alline Gouvea Martins; PROENÇA, Rossana Pacheco da Costa. **Uso de imagens de alimentos na avaliação do consumo alimentar**. Revista de Nutrição, v. 24, p. 765-776, 2011.

53. ROSS et al. **Waist circumference as a vital sign in clinical practice: a Consensus Statement from the IAS and ICCR Working Group on Visceral Obesity**. Nature reviews endocrinology. p. 177–189, 2020.

54. SANTOS, Evelyn Kowalczyk dos et al. **Tratamento do sobrepeso e obesidade: indicadores e medidas para acompanhamento das ações na atenção primária a saúde do município do Rio de Janeiro**. 2017.

55. SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. Plano Distrital de Saúde 2019-2023. Brasília, 2019. Disponível em: https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/1120488/2020_06_01_PDS-2020-2023_Aprovada_CSDF_v_publicizada.pdf. Acesso em: 20/01/2023.

56. SBCBM – Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica. **Cirurgia Bariátrica - Técnicas Cirúrgicas**, 5 de outubro de 2017. Disponível: (https://www.sbcbm.org.br/tecnicas-cirurgicas-bariatrica/) (Acessado em 13.abr.2021).

57. SOFI, F. et al. **Accruing evidence on benefits of adherence to the Mediterranean diet on health: an updated systematic review and meta-analysis**. The American Journal of Clinical Nutrition, v. 92, n. 5, p. 1189–1196, nov. 2010. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20810976/ Acesso em: 12 set 2020.

58. TASSITANO, Rafael Miranda; CABRAL, Poliana Coelho; SILVA, Giselia Alves Pontes da. **Validação de escalas psicossociais para mudança do consumo de frutas, legumes e verduras**. Cadernos de Saúde Pública, v. 30, p. 272-282, 2014.

59. TROUWBORST, Inez et al. **Estratégias de Exercício e Nutrição para Combater a Obesidade Sarcopênica**. Nutrients, v. 10, n 5, 9 de maio de 2018.

60. WARMLING, deise et al. **Reconhecendo o sobrepeso e a obesidade no contexto da Atenção Primária à Saúde**. UFSC. Ministério da Saúde. Florianópolis, 2019.

61. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases**. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. Geneva, 2003. (WHO Technical Report Series, 916).

62. WHO, World Health Organization. **Obesity and overweight**. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight Acesso em: 27 fev.2022.

63. WU, Ya-Ke; BERRY, Diane C. **Impact of weight stigma on physiological and psychological health outcomes for overweight and obese adults**: A systematic review. Journal of advanced nursing, v. 74, n. 5, p. 1030-1042, 2018.

64. YOSHIKARA, Gilberto; CASTRO, Roberto Chaves. Manual de semiologia médica: a prática do exame físico. Belém: Eduepa, 2015.

Lista de abreviaturas:

AASE - Atenção Ambulatorial Secundária Especializada
AGCC - ácidos graxos de cadeia curta
AH - Atenção Hospitalar
APS - Atenção Primária à Saúde
CADH - Centro de Atenção ao Diabetes e Hipertensão
CB - Circunferência do braço
CEDOH - Centro Especializado em Diabetes, Obesidade e Hipertensão
Cedhic - Centro Especializado em Diabetes, Hipertensão e Insuficiência Cardíaca
DCNT - doenças crônicas não transmissíveis
DCV - doenças cardiovasculares
DF - Distrito Federal
DM2 - diabetes mellitus tipo 2
DODF - Diário Oficial do Distrito Federal
EAN - Educação Alimentar e Nutricional
eMulti – Equipes Multiprofissionais
ESF - Equipes da Saúde da Família
HAS - hipertensão arterial sistêmica
IMC - Índice de Massa Corporal
LCSO - Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade
MS - Ministério da Saúde
MT - Modelo Transteórico
Nasf-AB - Núcleos Ampliados de Saú de da Família
OMS - Organização Mundial da Saúde
ONU - Organização das Nações Unidas
OPSAN/UNB - Observatório de Políticas de Segurança Alimentar e Nutrição
PCDT - Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
PCT - prega cutânea tricipital
PDS - Plano Distrital de Saúde
PNS - Pesquisa Nacional de Saúde
POF - Pesquisa de Orçamentos Familiares
RAS - Rede de Atenção à Saúde
RCA - relação cintura-altura
RGE - refluxo gastroesofageano
SES - Secretaria de Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
TCC - Terapia Cognitivo-Comportamental
UBS - Unidades Básicas de Saú de
UNA-SUS - Universidade Aberta do SUS
UENDO/HRT - Unidade de Endocrinologia do Hospital Regional de Taguatinga
VIGITEL - Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico/MS

ANEXO I: Ferramenta dos 5As

Ação		Descrição
Acordar	**Acorde** com o usuário os resultados de saúde e metas comportamentais	O acordo deve ser baseado em uma expectativa de perda de peso realista e sustentável, considerando sempre que mudanças positivas no estilo de vida impactarão o peso, sem que o foco precise estar nele. Muitas vezes manter o peso atual quando uma pessoa está em um processo de ganho de peso crescente e acelerado é mais importante do que o estabelecimento de metas de perda de peso. Destaca-se também que metas de perda de peso ousadas quase sempre são inatingíveis e só contribuem para a frustração do usuário. Desse modo, o profissional de saúde pode usar as ferramentas de apoio e suporte que considerar importantes e acordar planos de tratamentos reais e possíveis, considerando a realidade do seu usuário. Esse plano de tratamento deve começar com a identificação dos fatores relacionados ao ganho de peso e esses fatores devem ser trazidos e reconhecidos pelo usuário a partir do suporte profissional.
Ajudar	**Ajude** no acesso a recursos e serviços apropriados para a condição clínica existente	A ajuda aqui descrita destaca que o papel dos profissionais de saúde não se encerra na orientação fornecida e o quanto que estes podem contribuir com os usuários na identificação de informações confiáveis e recursos que contribuam para o autogerenciamento do peso. Além disso, a ajuda inclui a compreensão de que, dada a natureza crônica e complexa da obesidade, o cuidado multiprofissional é importante e é essencial que o usuário seja encaminhado para outros profissionais e serviços, quando necessário. Portanto, planeje o acompanhamento de longo prazo e considere que o sucesso está diretamente relacionado à frequência de contato com a equipe de saúde. Reitera-se também que a recuperação do peso não deve ser considerada como falha de tratamento, mas como algo natural e esperado em uma condição crônica como a obesidade, e que o sucesso é diferente para cada indivíduo.

Ação		Descrição
Avaliar	**Avalie** os riscos relacionados à obesidade e as causas raízes da obesidade	A avaliação do indivíduo com obesidade não deve ser baseada apenas no peso corporal. O profissional de saúde deve avaliar também as causas do ganho de peso e as complicações e barreiras presentes que impedem a perda de peso. A avaliação das causas do ganho de peso deve considerar a influência dos fatores ambientais, socioeconômicos, emocionais e biológicos. A presença de barreiras inclui aspectos importantes a serem avaliados, como os aspectos financeiros (e o quanto esse aspecto influencia no acesso à alimentação adequada e saudável), os aspectos mentais (como a presença de doenças como depressão, transtornos alimentares ou outros que dificultam a manutenção do peso corporal), os aspectos sociais (como aqueles que dizem respeito à convivência e ao meio no qual estão inseridos, seja na família, escola, trabalho etc.), os aspectos mecânicos (que impactam de maneira importante na mobilidade e realização de atividades básicas de vida diária) e os aspectos metabólicos (como a presença de outras condições clínicas que podem piorar o quadro de saúde do usuário, como diabetes, hipertensão, dislipidemia e etc.).
Aconselhar	**Aconselhe** sobre riscos para a saúde e opções de tratamento	O aconselhamento é uma etapa importante do cuidado e não deve focar na perda de peso. Ele deve abordar os benefícios da mudança de comportamento para a saúde e o bem-estar, diminuição de risco para outras comorbidades e, também, os benefícios da perda de peso – ainda que modesta – e a necessidade de uma estratégia de cuidado de longo prazo. Também é preciso reforçar que o cuidado da obesidade está organizado na perspectiva de uma linha de cuidado com coordenação pela APS e inclui orientações para alimentação adequada e saudável, prática de atividade física e suporte psicoterápico, além de ações em outros pontos da RAS, quando necessário.

Ação		Descrição
Abordar e pedir permissão	**Aborde** e pergunte se você pode discutir o peso naquele momento e identifique a prontidão para mudanças	A abordagem do peso a partir da permissão do usuário permite identificar a motivação da pessoa com sobrepeso e obesidade para iniciar um processo de cuidado, e esse é um aspecto fundamental quando se trata de uma condição tão complexa como a obesidade. Iniciar um processo de mudança em pessoas que não estão motivadas pode resultar em frustração tanto no usuário quanto no profissional de saúde. Estabeleça uma conversa com escuta qualificada e abordagem compreensiva, sem julgamentos ou culpabilização e não faça suposições sobre hábitos ou comportamentos. Considere a possibilidade de que a pessoa que está buscando tratamento já tenha iniciado um processo de mudanças antes mesmo de conversar com o profissional de saúde. É necessário enfatizar também que o processo de cuidado das pessoas com obesidade inicia com a criação de práticas favoráveis. Por isso avalie as instalações físicas da unidade de saúde, equipamentos e materiais utilizados e o quanto eles fazem esses usuários se sentirem acolhidos ou excluídos dos serviços de saúde.

ANEXO II: Modelo transteórico

Descrição dos estágios de mudança do comportamento

Estágios de mudança do comportamento	Descrição
Pré-contemplação	• Não há intenção de realizar mudanças nos próximos seis meses; • Indivíduos reconhecem a solução, mas não reconhecem o problema; • Ocorrem possíveis vivências de tentativas frustradas de alterar atitudes, gerando descrença na capacidade de modificá-las; • Há resistência e pouca motivação para a mudança.
Contemplação	• Há uma intenção de realizar mudanças nos próximos seis meses, mas sem um comprometimento decisivo; • Indivíduos reconhecem a existência do problema, estão seriamente decididos a superá-lo, mas ainda não estão prontos; • Há conhecimento dos benefícios da mudança, mas diversas barreiras são percebidas como empecilhos.
Preparação ou Decisão	• Há uma decisão de realizar mudanças comportamentais pequenas e inconsistentes num futuro próximo (em torno de 30 dias); • Geralmente, após a superação de tentativas frustradas, são realizadas pequenas mudanças e um plano de ação é adotado, ainda sem assumir compromisso sério.
Ação	• O indivíduo colocou em prática o plano de ação para mudança de comportamento há menos de seis meses e conseguiu superar as barreiras antes percebidas
Manutenção	• As mudanças de comportamento já estão sendo mantidas de forma consolidada há pelo menos seis meses

Fonte: Adaptado de PROCHASKA; VELICER, 1997

Descrição das estratégias para cada estágio de mudança do comportamento

Estágios de comportamento	Estratégias de mudança do comportamento	Descrição	Sugestão de atividades
Pré contemplação, contemplação e preparação (utilizam-se estratégias cognitivas)	Aumento da consciência	É a elevação do nível de consciência sobre o próprio indivíduo e seu comportamento problemático incluindo a percepção da causa, da consequência e do tratamento.	Educação, confrontação, interpretação, observações
	Alívio dramático	É a expressão dos sentimentos sobre o comportamento e as possíveis soluções	Psicodrama, vivências de luto, testemunhos pessoais
	Reavaliação do ambiente	É o julgamento sobre como o problema de comportamento afeta o ambiente pessoal e físico de forma positiva ou negativa	Técnicas de treinamento de empatia, documentários e intervenções familiares
	Autoreavaliacão	É a avaliação de si próprio quanto aos custos e benefícios das mudanças de comportamento.	Avaliação da autoimagem, com e sem um hábito insalubre. Esclarecimentos sobre os valores, modelos e imagens de pessoas e atitudes saudáveis
	Liberação social	É identificação de alternativas presentes na sociedade para superar os problemas. É mais utilizada para pessoas que são relativamente privadas ou oprimidas.	Defensoria, procedimentos de empoderamento, exercício da cidadania e políticas adequadas
Ação e manutenção (utilizam-se estratégias comportamentais)	Autoliberação	É a experimentação de mudanças que aumentam a capacidade do indivíduo em fazer escolhas, realizar atos e acreditar na possibilidade de mudança.	Resoluções de “ano novo” e testemunhos públicos de indivíduos bem sucedidos
	Administração de contingências	São as recompensas pela mudança positiva do comportamento.	Reforço de comportamentos positivos
	Relacionamentos de auxílio ou apoio social	É a confiança do indivíduo para aceitar que pessoas que se importam com ele sejam apoio para a mudança de comportamento.	Utilização de referências sociais como profissionais de saúde, amigos e conselheiros comunitários
	Condicionamento contrário	É a substituição de ações e pensamentos contrários por práticas positivas.	Relaxamento, afirmação, atividade física
	Controle de estímulos	Relaciona-se a evitar ou a contornar estímulos que levam ao comportamento indesejável e a adicionar avisos para alternativas saudáveis.	Grupos de autoajuda

Fonte: Adaptado de TASSITANO et al., 2014

Identificação dos estágios de comportamento e estratégias de apoio em cada estágio

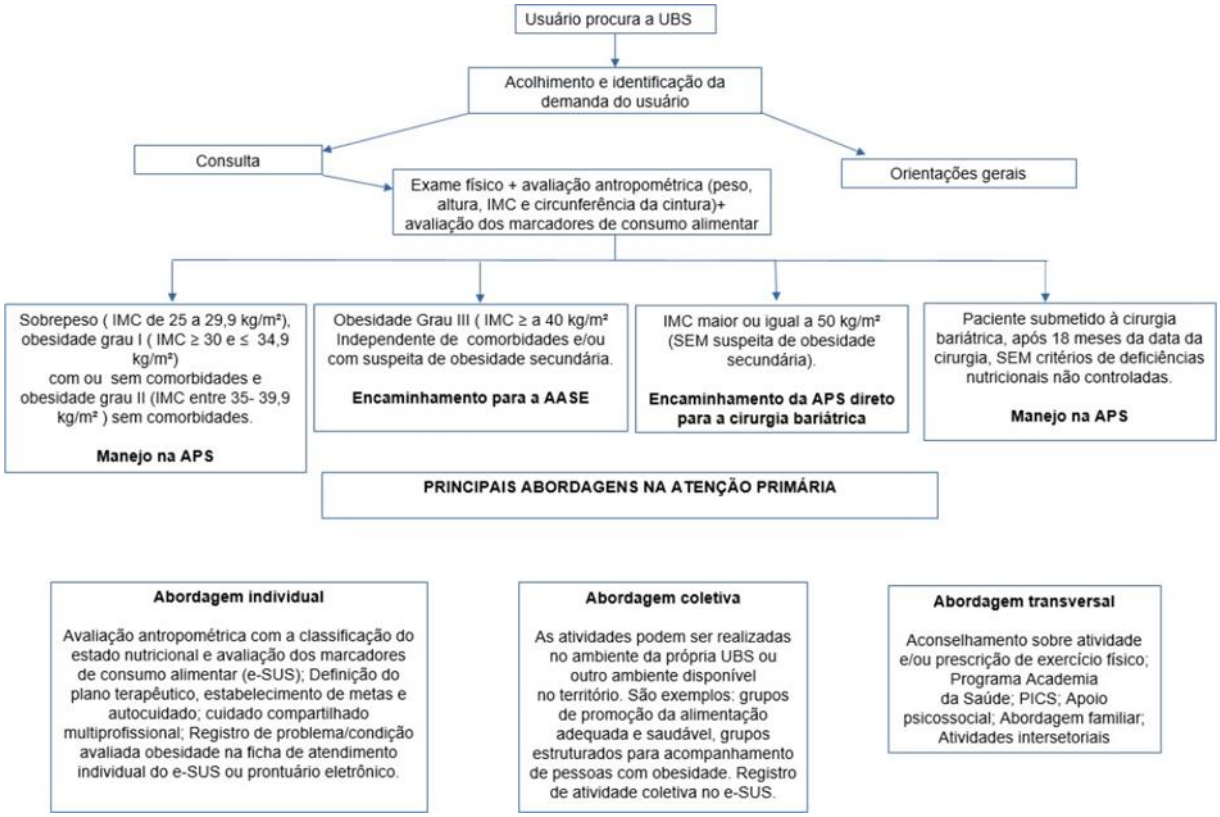
	O que caracteriza	Como identificar	Como apoiar	Questões para o paciente
Pré-contemplação	Sem intenção de modificar comportamento nos próximos seis meses	- Perguntar "Você pretende modificar (nomear o comportamento) nos próximos 6 meses?". - A pessoa não identifica ou rejeita a existência de um problema ("não vou", "não consigo", "não posso"). - Resistência aos esforços do profissional de saúde às sugestões de possíveis mudanças (ex: pode ter sido encaminhado por um médico para o nutricionista, mas o próprio paciente não estava preocupado com seu peso)	- Avaliar a visão da pessoa em fazer a mudança e endereçar as razões para não querer mudar, ao invés de fornecer informação nutricional. - O paciente não está pronto para intervenções direcionadas para a ação. Educar o paciente sobre mudanças alimentares nesse estágio não é adequado. - Construir vínculo de confiança que será catalisador de mudança.	- "Você já leu ou ouviu falar sobre..." (avaliar conhecimento) - "Alguém na sua família tem esse problema?" (avaliar crenças e valores) - "Você está ciente das consequências?" (reestruturação cognitiva) - "Como você se sente sobre fazer essa mudança?" (discutir riscos e benefícios)
Contemplação	Intenção de mudar, mas não logo.	- A pessoa está ciente que o problema de saúde existe e pretende melhorar eventualmente, mas sem sério comprometimento ("eu poderia, mas é difícil"). - A pessoa pode relutar mentalmente com a quantidade de tempo, energia, esforço e custo em superar o problema de saúde ou pode estar desencorajada pelas falhas anteriores. - Se os contras em mudar um comportamento são grandes e os prós são pequenos, o resultado pode ser uma ambivalência que mantém a pessoa presa nesse estágio por longos períodos, meses ou até anos.	- Identificada a ambivalência, trabalhar o balanço decisório para aumentar os prós e minimizar os contras.	- "Sobre que mudanças você tem pensado?" (avaliar conhecimento) - "Quais são os prós e os contras em fazer essa mudança?" (avaliar valores e crenças) - "Como você se sente sobre isso?" (avaliar pensamentos e sentimentos) - "O que tornaria isso mais fácil ou mais difícil"? (aumentar os prós e reduzir as barreiras) - "Quais seriam os resultados da mudança?" (autoavaliação) - "Como eu posso ajudar?" (reestruturação cognitiva)

Preparação	Pequenas mudanças são feitas com a intenção de mudar em 30 dias	- A pessoa está mais determinada em fazer uma mudança e pretende fazer uma ação inicial em breve, como em 30 dias ("eu vou mudar"). - A pessoa identifica as barreiras e já tem possíveis soluções. - A pessoa pode reportar pequenas mudanças para solucionar o comportamento problemático (ex: começar a ler alguns rótulos ou comprar alimentos *in natura*).	- Ajudar a pessoa no compromisso de mudar, definindo prioridades ou metas, e desenvolvendo um plano de ação	- "Você pretende agir nos próximos 1 a 6 meses?" (auto-eficácia e comprometimento) - "Como você vai fazer isso?" (processo decisório) - "Que mudanças você já fez?" (crença sobre habilidade) - "Como sua vida vai melhorar? (planejar objetivos)
Ação	Mudanças são feitas regularmente há algum tempo	- A pessoa age para implementar um plano e superar o problema de saúde aotivamente modificar escolhas alimentares, comportamentos, ambientes e experiências ("eu faço", "já comecei"). - A maioria dos pacientes NÃO estão no estágio de ação em um primeiro momento. - Houve mudanças de comportamento bem-sucedidas por um período ou até seis meses (ex: exercitar 3 vezes por semana ou comprar hortaliças diferentes).	- Nessa fase a confiança é baixa, então é importante assistir, reforçar, encorajar e trabalhar na solução do problema. - Colaborar para conhecimento, habilidades e para saber como responder a um lapso ou a uma recaída. Quando comportamentos novos não estão firmemente estabelecidos, padrões antigos podem ressurgir.	- "O que você está fazendo de diferente?" (controle de estímulo) - "Que problemas você tem encontrado?" (auto-reforço) - "Quem pode te ajudar?" (suporte social) - "Como posso ajudar?" (autogerenciamento) - "O que você faz no lugar de (comportamento)"? (estabelecer meta, auto-monitoramento, prevenção de recaída)
Manutenção	Mudança de comportamento mantida por seis meses	- A pessoa consolidou ou integrou novos hábitos de saúde em seu estilo de vida por vários meses ("ainda faço"). - Novos hábitos precisam se tornar automáticos.	- Ajudar a manter os novos hábitos e trabalhar para prevenir recaídas. - Esclarecer que recaídas e lapsos são normais. - Propor plano de seguimento e suporte.	- "Como você lida com as pequenas recaídas?" (respostas de enfrentamento) - "Que obstáculos você está encontrando?" (prevenção de recaída) - "Quais são seus planos futuros (autogerenciamento) - "Que problemas você solucionou?" (comprometimento, estabelecimento de metas, controle de ambiente)

Fonte: Adaptado de HOLLI; BETO, 2017

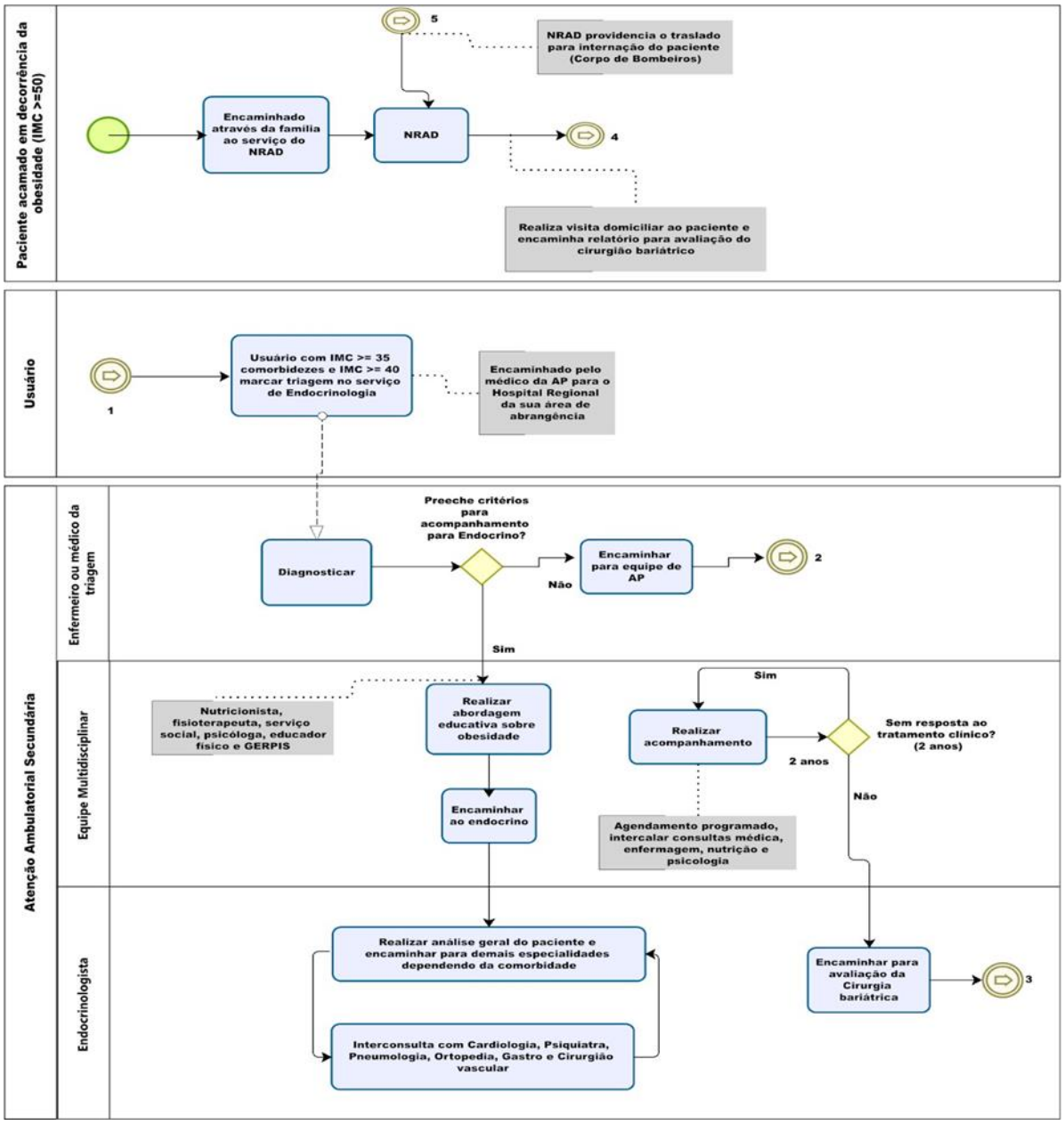
ANEXO III -

Fluxograma 1. Atendimento na Atenção Primária à Saúde (APS)



Fonte: elaboração própria.

ANEXO IV – Fluxograma 2. Atenção Ambulatorial Secundária Especializada (Endocrinologia):



ANEXO V - Ficha de coleta de dados

Data da entrevista: _____
Responsáveis pela entrevista: _____
Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____
Classificação: _____ circunferência da cintura: : _____ Classificação: _____
Nome: _____
Data de nascimento: ____/_____/_____ Sexo: _____
Cidade onde mora: _____

Estado civil:
(1) solteiro(a) (2) casado(a) (3)divorciado(a) (4) viúvo(a) (5) união estável

Raça/cor: _____

Nível de escolaridade:
1. não sabe ler e nem escrever
2. ensino fundamental incompleto
3. ensino fundamental completo
4. ensino médio ou ensino técnico incompleto
5. ensino médio ou ensino técnico completo
6. ensino superior incompleto
7. ensino superior completo
8. especialização e/ou MBA
9. mestrado e/ou doutorado

Ocupação:
1. desempregado
2. empregado no setor privado
3. liberal ou autônomo sem vínculo de emprego
4. empresário
5. servidor ou funcionário público
6. militar
7. estudante bolsista
8. estudante não remunerado
9. aposentado
10. do lar
11. outros: _____

Número de moradores na residência: _____ (incluindo crianças)

Renda FAMILIAR mensal de (somando a renda de todos os moradores):
1. até 01 salário mínimo
2. de 01 a 03 salários mínimos
3. de 03 a 05 salários mínimos
4. de 05 a 15 salários mínimos
5. mais de 15 salários mínimos

Comorbidades:
O Diabetes mellitus O Hipertensão O Colesterol ou triglicérides altos
O Esteatose hepática O Hipotiroidismo O Hipertireoidismo
O Artrite/Artrose O Fibromialgia O Outros: _____

Na sua percepção, você sofre de:
O ansiedade O depressão O medos/fobias
O insônia O ronco/apneia do sono

Início do excesso de peso:
O infância O adolescência O 20-30 anos O 30-50 anos

Fatores que influenciaram o excesso de peso:
O gestação O casamento O separação
O medicamentos O mudança de cidade O desequilíbrio emocional
O mudança de emprego O padrão alimentar beliscador O morte ou perda de ente querido
O compulsão alimentar O fissura por doce O comedor noturno

Antecedentes familiares com obesidade: _____

Tratamentos anteriores para obesidade:
O dietas da mosa (revistas, TV, internet, low carb, proteína, etc.)
O reeducação alimentas com nutricionista
O mudança de estilo de vida com dieta e exercício
O uso de medicamentos para emagrecer

Fatores de risco:
Fuma? O Não O Sim
Se sim, há quantos anos? _____
Quantos cigarros ou maços por dia? _____

Se já foi fumante, há quanto tempo abandonou o tabagismo? _____

Consome bebida alcoólica?
O Não O Sim
Qual(is) bebida(s)?
O Cerveja. Qual frequência? _____ Quantas doses? _____
O Vinho. Qual frequência? _____ Quantas doses? _____
O Destilado. Qual frequência? _____ Quantas doses? _____

Histórico atividade física:

O sempre sedentário O mais sedentário que ativo O mais ativo que sedentário (
O sempre ativo
Intensidade usual: O intensa O moderada O leve

Sono:
O Normal O Irregular O Ronca O Engasga O Hipersonolência diurna
Horas de sono/noite:_____

Disposição física: O Boa O Regular O Ruim

Concentração para atividades intelectuais: O Boa O Regular O Ruim

Memória: O Boa O Regular O Ruim

Dieta: Refeições ao dia:

O Café da manhã O Lanche da manhã O Almoço O Lanche da tarde

O Jantar O Ceia O Beliscos: O Sim O Não

Horário de maior ingestão: _____ O Água (_____ litros/dia)

Marque um X na frequência de consumo dos alimentos listados:

	Diária (7 dias na semana)	Semanal	Quinzenal	Mensal	Raro/Nunca
Frutas					
Verduras e legumes					
Doces e guloseimas					
Bebidas adoçadas (natural ou artificial)					
Fast foods (pizza, crepe, cachorro quente, hambúrguer, salgadinho etc)					
Frituras					
Ultraprocessados (margarina, biscoitosem geral, macarrão instantâneo, barrasde cereal, achocolatados, molhos e temperos prontos etc)					

Quantas pessoas moram na casa? _____

Quanto da renda da família é destinada a compra de alimentos? _____

Quem faz as compras? _____

Quem cozinha? _____

ANEXO VI – Controle de Hábitos

Nome: _____ Mês/Ano: ___/___

Escreva as metas (por exemplo: dormir 8h, comer mais verduras, diminuir o pão, fazer exercício, etc) e dê uma nota diária de 1 a 5 para cada uma das metas planejadas, de acordo com o seu cumprimento.

1- Péssimo 2- Ruim 3- Regular 4- Bom 5- Excelente

DIA						Peso semanal
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						

O sucesso é a soma de pequenos esforços repetidos dia após dia

ANEXO VII – Diário Alimentar

DIÁRIO ALIMENTAR DE 3 DIAS PRO MÊS				**NOME:**					**DATA:**	
TEMPO	**LUGAR**	**COM QUEM**	**ATIVIDADE**	**HUMOR**	**FOME**	**QUANTIDADE**	**ALIMENTO**	**FRUTAS E/OU VERDURAS**	**SACIEDADE**	**PREENCHEU LOGO ANTES OU DEPOIS DE COMER**
Tempo de início e fim da refeição ou lanche	Cozinha, quarto, sala, cama, carro, mesa do trabalho, restaurante	Sozinho, com família, amigos, colegas de trabalho	Lendo, assistindo telas, conversando, cozinhando	Neutro, feliz, tenso, deprimido, com raiva, entediado, apressado, cansado	Nº de 0 a 5, sendo 0=sem fome 5=faminto			Número de porções	Depois de comer: 1=ainda com fome 2=um pouco satisfeito 3=desconfortável, empachado	(X = sim)
CAFÉ DA MANHÃ										
LANCHE DA MANHÃ										
ALMOÇO										
LANCHE DA TARDE										
JANTAR										
CEIA										

ANEXO VIII – Estágio de prontidão para mudança dos hábitos alimentares

AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO DE PRONTIDÃO PARA MUDANÇA DOS HÁBITOS ALIMENTARES E DE ATIVIDADE FÍSICA (SOC Scale)

Nome: _____
Idade: _____ Sexo: (M) (F) Data:____/____/_____

Instruções: usando as afirmações abaixo, indique a que melhor descreve seu comportamento para cada um dos itens listados.

Eu **não faço isso** pelo menos na metade do tempo agora...

1. - e eu não tenho planos de fazê-lo
2. - mas eu estou pensando em fazer isso dentro dos próximos 6 meses.
3. - mas eu estou definindo planos para começar a fazer isso dentro de um mês. Eu **faço isso**, pelo menos, na metade do tempo agora e...
4. - eu acabei de começar a fazer isso nos últimos 6 meses
5. - eu venho fazendo isso há mais de 6 meses.

DOMÍNIO 1 – Em relação às porções (tamanho/quantidade)		**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
1	Limito a quantidade que como e não como mais do que preciso					
2	Meço ou peso as porções de alimentos que consumo					
3	Como menos nas últimas refeições se eu exagerei nas anteriores					
4	Paro de comer antes de me sentir “cheio-estufado”					
5	Evito comer quando estou nervoso, triste ou deprimido					
6	Bebo um copo com água ± 15 minutos antes das refeições					
7	Resisto em comer tudo que está no prato, se eu não estiver mais com fome					
8	Mantenho a linha de quanto estou comendo, quando estou beliscando					
9	Digo não para as repetições					

Estágio de comportamento de acordo com a maioria das respostas: (1) Pré-contemplação (2) Contemplação (3) Decisão (4) Ação (5) Manutenção

DOMÍNIO 2 – Em relação à quantidade de gordura na dieta		**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
1	Como uma dieta pobre em (com pouca) gordura					
2	Como frango ou peru sem a pele					
3	Tomo leite e como derivados (iogurte, queijo) desnatados					
4	Retiro toda a gordura das carnes					
5	Limito o tamanho das porções de carne nas refeições					
6	Evito frituras como batatas, frango, polenta					
7	Evito fast food (hambúrgueres, batatas fritas, etc.)					
8	Evito beliscos como batata chips, amendoins, pipoca					
9	Deixo de passar manteiga e/ou margarina no pão, bolachas e bolos					
10	Uso tempero para salada (lanche) com pouca gordura					
11	Evito bolo, biscoitos e tortas					

Estágio de comportamento de acordo com a maioria das respostas: (1) Pré-contemplação (2) Contemplação (3) Decisão (4) Ação (5) Manutenção

DOMÍNIO 3 – Em relação ao consumo de frutas e vegetais		**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
1	Como, pelo menos, 5 porções de frutas e vegetais por dia					
2	Como, pelo menos, 3 porções de vegetais verdes (brócolis, espinafre, rúcula, alface, agrião, outros) por dia					
3	Quando vou a um bar/restaurante ou faço pedido de lanches, dispenso as batatas fritas e peço vegetais no lugar					
4	Como, pelo menos, duas porções de frutas todos os dias					
5	Como saladas verdes e vegetais como rúcula, agrião, cenouras e tomates					
6	Incluo frutas aos meus pratos (por exemplo, bananas ou mamão aos cereais)					
7	Como frutas como sobremesa					
8	Incluo vegetais como alface ou tomate, nos meus pratos ou nos sanduíches					
9	Quando faço um lanche, prefiro frutas					

Estágio de comportamento de acordo com a maioria das respostas: (1) Pré-contemplação (2) Contemplação (3) Decisão (4) Ação (5) Manutenção

DOMÍNIO 4 – Em relação à prática de atividade física		**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
1	Incluo uma variedade de atividades físicas na minha rotina diária					
2	Passo boa parte do tempo fora da minha mesa, sofá e/ou cadeira do computador fazendo tarefas mais ativas					
3	Ajudo ou faço serviço de limpeza pesada como lavar janelas, esfregar o chão e paredes					
4	Faço serviço pesado no trabalho (por exemplo, levanto objetos ou uso maquinário pesado) ou participo ativamente de aulas de educação física					
5	Faço serviço de jardinagem, limpo o quintal e a calçada					
6	Procuro formas de ser ativo em minha rotina diária, não uso controle remoto da TV, não uso telefone sem fio, lavo a louça					
7	manualmente e arrumo-a.					
8	Faço coisas ativas no final da tarde (conversar caminhando, visitar amigos ou passear)					
9	Uso escadas ao invés do elevador ou da escada rolante					

Estágio de comportamento de acordo com a maioria das respostas: (1) Pré-contemplação (2) Contemplação (3) Decisão (4) Ação (5) Manutenção

EXERCÍCIO – É toda atividade física planejada que aumenta sua frequência cardíaca e respiratória e que pode fazer você transpirar (suar). Alguns exemplos são: caminhada, musculação, ginástica, esportes em geral e etc.

Usando esta definição, indique a opção que melhor representa sua relação com os exercícios.

___ Atualmente, eu não me exercito e não tenho planos de começar a me exercitar.
___ Atualmente, eu não me exercito, mas planejo começar dentro dos próximos 6 meses.
___ Atualmente, eu não me exercito, mas planejo começar logo, no máximo em 1 mês.
___ Atualmente, eu me exercito uma a duas vezes por semana.
___ Atualmente, eu me exercito de 3 a 4 vezes por semana.
___ Atualmente, eu me exercito 4 ou mais vezes por semana.

Nos dias que você se exercita, quantos minutos você gasta se exercitando?