

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**

versão preliminar



Brasília – DF
2021

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção Primária à Saúde

MANUAL DE ATENÇÃO ÀS
**PESSOAS COM SOBREPESO
E OBESIDADE NO ÂMBITO
DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
À SAÚDE (APS) DO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

versão preliminar



Brasília – DF
2021

2021 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: bvms.saude.gov.br.

Tiragem: edição preliminar – 2021 – versão eletrônica preliminar

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Departamento de Promoção da Saúde
Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição
Esplanada dos Ministérios, bloco G, Edifício Anexo, Ala B, 4º andar
CEP: 70058-900 – Brasília/DF
Site: <http://aps.saude.gov.br>

Organização:

Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição – CGAN
Departamento de Promoção da Saúde – DEPROS

Supervisão-geral:

Gisele Ane Bortolini
Juliana Rezende Melo da Silva

Elaboração de texto:

Ana Maria Cavalcante De Lima
Ariene Silva do Carmo
Erika Cardoso dos Reis
Gisele Ane Bortolini
Glauciene Analha Leister
Maria de Fatima Cruz Correia de Carvalho

Rafaella da Costa Santin

Thais Fonseca Veloso de Oliveira

Colaboração:

Gabriella Carrilho Lins de Andrade
Paula Fabricio Sandreschi
Paloma Abelin Saldanha Marinho

Coordenação editorial:

Júlio César de Carvalho e Silva

Projeto gráfico e diagramação:

Roosevelt Ribeiro Teixeira

Normalização:

Editora MS/CGDI

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde.

Manual de Atenção às Pessoas com Sobrepeso e Obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2021.

xx p. : il.

1. Obesidade. 2. Programas Nacionais de Saúde. 3. Prevenção de doenças. I. Título.

CDU 613.25-053.2

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2021/XXXX

Título para indexação:

Guideline for Adult Obesity and Overweight Management in Primary Health Care of SUS

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1. APRESENTAÇÃO | 4 |
| 2. INTRODUÇÃO | 6 |
| 2.1. O estigma e suas repercussões para a pessoa com obesidade..... | 6 |
| 2.2. Crescimento da obesidade e necessidade de implementação de estratégias de cuidado..... | 9 |
| 2.3 Obesidade como doença crônica multifatorial: ambiente e determinantes sociais..... | 14 |
| 3. A ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM SOBREPESO E OBESIDADE NA APS | 17 |
| 3.1. Desafios e barreiras | 17 |
| 3.2. Bases legais e diretrizes para a atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade na APS | 19 |
| 3.3 Eixos estratégicos para a implementação da atenção voltada aos indivíduos com obesidade | 21 |
| 4. OPERACIONALIZAÇÃO DOS EIXOS ESTRATÉGICOS PARA A QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM SOBREPESO E OBESIDADE NA APS | 22 |
| 4.1. Organização das ações e serviços da Rede de Atenção à Saúde | 22 |
| 4.2. Vigilância Alimentar e Nutricional | 23 |
| 4.3. Formação e educação permanente | 24 |
| 4.4. Promoção da saúde e prevenção do sobrepeso e obesidade a partir da APS..... | 26 |
| 4.5. Cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade..... | 30 |
| 4.6. Monitoramento e avaliação | 50 |
| 5. ANEXOS | 53 |
| 5.1. Materiais de apoio | 53 |
| 5.2. Evidências científicas relacionadas à obesidade..... | 57 |



APRESENTAÇÃO

A qualificação da atenção voltada aos indivíduos com sobrepeso e obesidade atendidos na Atenção Primária à Saúde (APS) é urgente, visto que aproximadamente 60% dos indivíduos adultos já têm excesso de peso, o que representa cerca de 96 milhões de pessoas, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde PNS/2020. Em 2019, 8 milhões de indivíduos adultos atendidos na APS já tinham diagnóstico de excesso de peso e mais de 3 milhões, de obesidade, sendo que 402 mil tinham obesidade grave (grau III)¹. As informações apresentadas pelo Sistema de Informações da Atenção Básica mostram que a atenção ofertada ainda é incipiente, uma vez que apenas 2,5% do total de atendimentos individuais são voltados à condição/problema avaliado como obesidade².

Já se observa, como uma tendência em diversos países, o aumento dos custos relativos aos cuidados de saúde associados ao aumento das taxas de obesidade. No Brasil, os gastos financeiros totais de hipertensão, diabetes e obesidade no SUS alcançaram 3,45 bilhões de reais em 2018. Desses, 11% foram referentes ao tratamento da obesidade. Considerando separadamente a obesidade como fator de risco para hipertensão e diabetes, as despesas atribuíveis a essa doença chegaram a R\$ 1,42 bilhão³.

No atual contexto de pandemia da covid-19, as consequências da obesidade sobre a saúde da população também intensificaram esse agravo como importante problema de saúde pública nos cenários internacional e nacional, pois aumentaram o risco de complicações e severidade da doença causada pelo SarsCoV-2 e o tempo de internação, inclusive em unidades de terapia intensiva, além da chance de letalidade⁴.

¹Relatório público do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan), referente ao consolidado de dados do ano de 2019. Emitido em 16/03/2021 (<http://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/index>)

²Dados da produção do Sisab referente ao ano de 2019.

³ Nilson EAF, Andrade RDCS, de Brito DA, de Oliveira ML. Custos atribuíveis a obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2018. Rev Panam Salud Publica. 2020 Apr 10;44:e32.

⁴ World Obesity Federation. covid-19 and Obesity: The 2021 Atlas The cost of not addressing the global obesity crisis March 2021. Disponível em: www.worldobesity.org. 2021.

Diante da magnitude do problema, das repercussões relacionadas à maior probabilidade de desenvolvimento de outras doenças crônicas, do agravamento da situação em razão da pandemia de covid-19 e dos custos para o sistema, foi publicada Portaria 2.994/2020, fundamentada pela Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) decorrente da pandemia do novo coronavírus. Essa portaria instituiu, em caráter excepcional e temporário, incentivo financeiro federal para atenção às pessoas com obesidade, diabetes mellitus ou hipertensão arterial sistêmica, no âmbito da Atenção Primária à Saúde, no Sistema Único de Saúde.

Este manual traz um conjunto de recomendações para qualificar a atuação dos gestores, das equipes e profissionais de saúde que atuam na APS para atenção aos casos de sobrepeso e obesidade. Espera-se apoiar estados e municípios na implementação das ações de atenção à saúde e fortalecer a qualificação e efetividade do cuidado.

2.1 O estigma e suas repercussões para a pessoa com obesidade

O estigma da obesidade configura-se quando indivíduos sofrem abuso verbal e/ou físico associado e secundário ao sobrepeso ou obesidade, podendo levar à marginalização, exclusão e discriminação⁵. A discriminação relacionada ao peso é uma das formas de preconceito sofrida pelos indivíduos com obesidade mais comuns, sendo caracterizada por atitudes gordofóbicas traduzidas em comportamentos e ações depreciativas aos usuários com obesidade, associados ao seu peso corporal⁶.

O estigma acontece, frequentemente, apoiado na justificativa de desencorajar comportamentos não saudáveis e melhorar a saúde das pessoas com obesidade, que são culpabilizadas pelo seu excesso de peso^{7,8,9,10}; a obesidade é considerada a única “doença” na qual a responsabilização recai sobre a pessoa que apresenta essa condição¹¹.

Entretanto, estudos mostram que o preconceito, o estigma e a discriminação resultam em maior morbimortalidade, com efeitos físicos e psicológicos ao indivíduo

5 Wu YK, Berry DC. Impact of weight stigma on physiological and psychological health outcomes for overweight and obese adults: A systematic review. *J Adv Nurs*. 2018; 74(5):1030-1042.

6 World Health Organization. Regional Office for Europe. Weight bias and obesity stigma: considerations for the WHO European Region

7 Puhl RM, Latner JD, O'Brien K, Luedicke J, Danielsdottir S, Forhan M. A multinational examination of weight bias: predictors of antifat attitudes across four countries. *Int J Obes (Lond)* 2015; 39:1166-73.

8 Vartanian LR, Smyth JM. Primum non nocere: obesity stigma and public health. *J Bioeth Inq* 2013; 10:49-57.

9 Abuh-Odeh D. Fat stigma and the public health: a theoretical framework and ethical analysis. *Kennedy Inst Ethics J* 2014; 24:247- 65.

10 Obara Angélica Almeida, Vivolo Sandra Roberta Gouvea Ferreira, Alvarenga Marle dos Santos. Preconceito relacionado ao peso na conduta nutricional: um estudo com estudantes de nutrição. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2018 [cited 2021 Mar 02]; 34(8): e00088017.

11 Conselho Federal de Nutricionistas (CFN). Nota Live: "Nutrição e Cidadania: Respeito e Acolhimento": um convite à reflexão sobre o movimento contra a gordofobia e o fenômeno da obesidade. [cited 2021 May 4] Available from: <https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/2020/10/NOTA-GORDOFOBIA.pdf>

alvo desses fatores^{12,13}. O estigma enfrentado pelos adultos com obesidade afeta negativamente a sua saúde, representado pelo aumento do ganho de peso, risco de diabetes, nível de cortisol, estresse oxidativo, proteína C Reativa, distúrbios alimentares, depressão, ansiedade, insatisfação com a imagem corporal, e se relaciona negativamente com a autoestima^{14,15,16,17}. A internalização do preconceito em relação ao peso repercute também em autodesvalorização e autodepreciação, impactando negativamente a saúde e a vida das pessoas com obesidade¹⁸, com maiores chances de adoção de comportamentos que promovem o ganho de peso^{19,31,20,21}. Essas pessoas são, ainda, menos propensas a procurar os serviços de saúde tanto para essa como para outras condições, comprometendo o acesso à saúde como um todo^{22,23}.

As crianças e adolescentes também são vulneráveis ao estigma da obesidade, a exemplo do bullying sofrido no ambiente escolar^{24,25}. A obesidade infantil e o estigma sofrido estão associados a baixa autoestima, rejeição corporal, transtornos

¹² Tomiyama AJ, Carr D, Granberg EM, Major B, Robinson E, Sutin AR, et al. How and why weight stigma drives the obesity 'epidemic' and harms health. *BMC Med* [Internet]. 2018;16(1):123. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1116-5>

¹³ Rubino F, Puhl RM, Cummings DE, Eckel RH, Ryan DH, Mechanick JI, et al. Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. *Nat Med* [Internet]. 2020/03/04. 2020 Apr;26(4):485–97. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32127716>

¹⁴ Wu YK, Berry DC. Impact of weight stigma on physiological and psychological health outcomes for overweight and obese adults: A systematic review. *J Adv Nurs*. 2018; 74(5):1030-1042.

¹⁵ Rubino F, Puhl RM, Cummings DE, Eckel RH, Ryan DH, Mechanick JI, et al. Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. *Nat Med* [Internet]. 2020; 26(4):485–97.

¹⁶ Jackson SE, Kirschbaum C, Steptoe A. Perceived weight discrimination and chronic biochemical stress: A population-based study using cortisol in scalp hair. *Obesity (Silver Spring)*. 2016;24(12): 2515-2521.

¹⁷ Puhl RM, Himmelstein MS, Pearl RL. Estigma do peso como fator psicossocial para a obesidade. *American Psychologist*. 2020; 75(2):274-289.

¹⁸ Latner JD, Barile JP, Durso LE, O'Brien KS. Weight and health-related quality of life: the moderating role of weight discrimination and internalized weight bias. *Eat Behav*. 2014;15(4):586–90.

¹⁹ Wu YK, Berry DC. Impact of weight stigma on physiological and psychological health outcomes for overweight and obese adults: A systematic review. *J Adv Nurs*. 2018; 74(5):1030-1042.

²⁰ Phelan SM, Burgess DJ, Yeazel MW, Hellerstedt WL, Griffin JM, Ryn M. Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. *Obes Rev*. 2015;16 (4): 319-326.

²¹ Paim MB, Kovaleski DF. Análise das diretrizes brasileiras de obesidade: patologização do corpo gordo, abordagem focada na perda de peso e gordofobia. *Saude soc*. 2020; 29(1): e190227.

²² Phelan SM, Burgess DJ, Yeazel MW, Hellerstedt WL, Griffin JM, Ryn M. Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. *Obes Rev*. 2015;16 (4): 319-326.

²³ Paim MB, Kovaleski DF. Análise das diretrizes brasileiras de obesidade: patologização do corpo gordo, abordagem focada na perda de peso e gordofobia. *Saude soc*. 2020; 29(1): e190227.

²⁴ Pont SJ, Puhl R, Cook SR, Slusser W; Section on Obesity; Obesity Society. Stigma Experienced by Children and Adolescents With Obesity. *Pediatrics*. 2017;140(6):e20173034.

²⁵ Bradshaw CP, Waasdorp TE, O'Brennan LM, Gulemetova M. Teachers' and Education Support Professionals' Perspectives on Bullying and Prevention: Findings From a National Education Association Study. *School psychology review*. 2013; 42(3):280-297.

alimentares, menor criação de relações sociais, comprometimento do rendimento escolar, isolamento social e depressão, bem como ingestão alimentar aumentada e menor realização de atividade física, o que é potencializado quando associado à pobreza e a outros determinantes^{26,27,28,29}.

As orientações e ações de cuidado das pessoas com obesidade foram baseadas ao longo dos anos em uma abordagem que prioriza a perda de peso. De forma geral, mesmo que as pessoas com sobrepeso e obesidade busquem os serviços de saúde para o cuidado de outras condições clínicas, a redução do seu peso corporal integra o conjunto de orientações recebidas³⁰.

Ainda que diferentes estudos e diretrizes clínicas apontem os benefícios da perda de peso em pessoas com sobrepeso e obesidade, considerando que mesmo perdas modestas de 5% a 10% do peso corporal – promovem benefícios significativos para a saúde^{31,32,33,34,35}, e as ações do Ministério da Saúde direcionadas às pessoas com sobrepeso e obesidade reiterem essa importância³⁶, as evidências mais recentes têm apontado os limites da abordagem focada na perda de peso^{37,38}.

²⁶ Pont SJ, Puhl R, Cook SR, Slusser W; Section on Obesity; Obesity Society. Stigma Experienced by Children and Adolescents With Obesity. *Pediatrics*. 2017;140(6):e20173034.

²⁷ Moon RC. The Associations between Childhood Obesity, Academic Performance, and Perception of Teachers: From Kindergarten to Fifth Grade. *Child Obes*. 2020;16(6):403-411.

²⁸ Smith JD, Fu E, Kobayashi MA. Prevention and management of childhood obesity and its psychological and health comorbidities. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2020; 16: 351–378.

²⁹ Thaker VV, Osganian SK, Ferranti SD, Sonnevile KR, Cheng JK, Feldman HA, et al. Psychosocial, behavioral and clinical correlates of children with overweight and obesity. *BMC pediatrics*. 2020; 20(1):291.

³⁰ Bacon L. End the war on obesity: make peace with your patients. *MedGenMed Medscape Gen Med*. 27 de novembro de 2006;8(4):40.

Bacon L. *Health at every size: The surprising truth about your weight*. BenBella Books, Inc.; 2010

³¹ Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. *Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Diagnóstico y Tratamiento de la Obesidad en adultos*. Buenos Aires; 2014. 140 p.

³² Blackburn G. Effect of Degree of Weight Loss on Health Benefits. *Obes Res* [Internet]. setembro de 1995 [citado 12 de março de 2021];3(52):211s–6s. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1002/j.1550-8528.1995.tb00466.x>

³³ Brasil. Ministério da Saúde. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Sobrepeso e Obesidade em adultos*. Coordenação de Gestão de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas – CPCDT/CGGTS/DGITIS/SCTIE/MS. Brasília; 2020.

³⁴ Raynor HA, Champagne CM. Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: Interventions for the Treatment of Overweight and Obesity in Adults. *J Acad Nutr Diet* [Internet]. janeiro de 2016 [citado 12 de março de 2021];116(1):129–47. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2212267215016366>

³⁵ Wharton S, Lau DCW, Vallis M, Sharma AM, Biertho L, Campbell-Scherer D, et al. Obesity in adults: a clinical practice guideline. *Can Med Assoc J* [Internet]. 4 de agosto de 2020 [citado 2 de janeiro de 2021];192(31):E875–91. Disponível em: <http://www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.191707>

³⁶ Brasil. Ministério da Saúde. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Sobrepeso e Obesidade em adultos*. Coordenação de Gestão de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas – CPCDT/CGGTS/DGITIS/SCTIE/MS. Brasília; 2020.

³⁷ Bessey M, Lordly D. Weight Inclusive Practice: Shifting the Focus from Weight to Social Justice. *Can J Diet Pract Res* [Internet]. 1o de setembro de 2020 [citado 11 de março de 2021];81(3):127–31. Disponível em: <https://dcjournal.ca/doi/10.3148/cjdp-2019-034>

³⁸ Tylka TL, Annunziato RA, Burgard D, Daniélsdóttir S, Shuman E, Davis C, et al. The weight-inclusive versus weight-normative approach to health: evaluating the evidence for prioritizing well-being over weight loss. *J Obes*. 2014;2014:983495.

Por esse motivo, este Manual de Atenção às Pessoas com Obesidade no SUS tem suas ações baseadas na promoção da saúde do usuário com sobrepeso e obesidade e considera que a perda de peso é apenas um dos elementos e/ou resultados do processo de cuidado das pessoas com obesidade, mas não o único. Compreende-se, inclusive, que quando é o peso o objetivo único da intervenção, os meios para alcançá-lo podem se distanciar do que se considera como atitudes saudáveis.

2.2 Crescimento da obesidade e necessidade de implementação de estratégias de cuidado

A oferta de ações de prevenção e cuidado às pessoas com obesidade tem sido apontada como um dos maiores desafios de saúde para o Brasil e diferentes países. As causas da obesidade englobam uma série complexa de fatores genéticos, individuais/comportamentais e ambientais, em que o principal elemento para o aumento da prevalência da obesidade nas populações é o ambiente cada vez mais obesogênico³⁹ - caracterizado como aquele que dificulta a adoção e manutenção de hábitos alimentares saudáveis e a prática regular de atividade física⁴⁰.

A obesidade é simultaneamente uma doença e um dos fatores de risco mais importantes para outras doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como hipertensão arterial, diabetes mellitus e doenças cardiovasculares. Ela está entre os três fatores de risco mais fortemente associados às mortes e incapacidades no Brasil⁴¹.

No Brasil, a gravidade da situação pode ser comprovada pelos dados a seguir:

³⁹Swinnburn BA, Kraak VI, Allender S, Atkins VJ, Baker PI, Bogard JR, et al. The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report. *The Lancet*. fevereiro de 2019;393(10173):791–846.

⁴⁰Swinnburn BA, Kraak VI, Allender S, Atkins VJ, Baker PI, Bogard JR, et al. The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report. *Lancet*. 2019; 393(10173): 791-846.

⁴¹Institute for Health Metrics and Evaluation. *Global Burden of Disease – GBD*. 2017

Excesso de peso e obesidade no Brasil



Fonte: PNS, 2020.



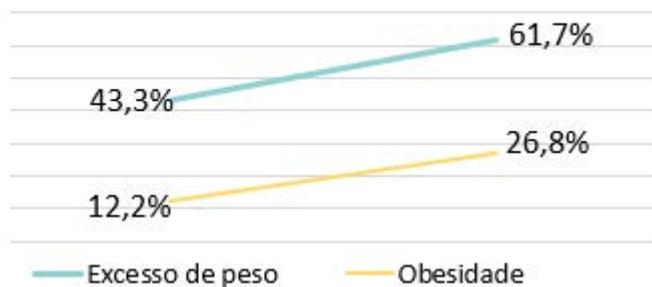
Em 2019, entre os adultos atendidos nas Unidades de Saúde, 12.813.158 tiveram seus dados registrados no SISVAN .

Destes, 8.072.260 (62,9%) apresentavam excesso de peso e 3.649.929 (28,5%) obesidade.

Fonte: SISVAN, 2020.

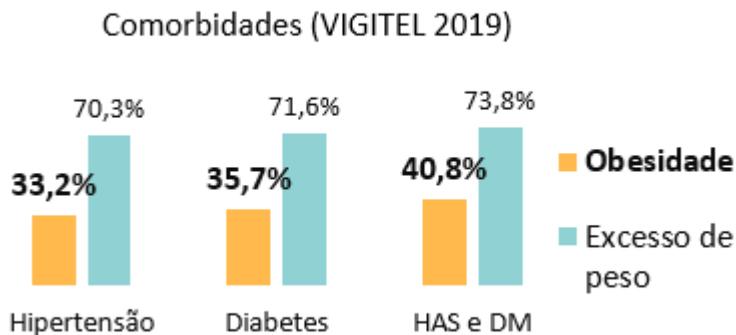
E, considerando a evolução temporal da prevalência de obesidade em indivíduos maiores de 20 anos, temos o cenário abaixo, que compara os anos de 2002 e 2019.

Evolução Temporal brasileiros > 20 anos (2002-2019)



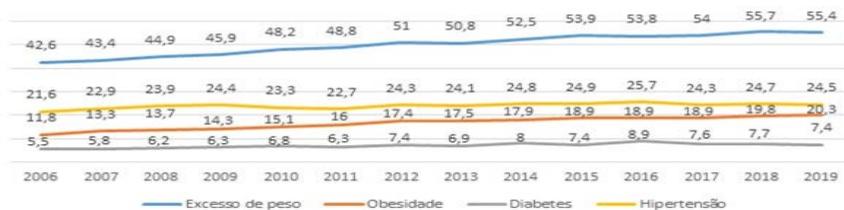
Fonte: PNS, 2020.

A pesquisa Vigitel Brasil-2019 constatou dados importantes que relacionam as principais doenças crônicas não transmissíveis com o excesso de peso e a obesidade. Veja na figura abaixo que, entre os adultos que referiram diabetes (7,5%), 71,6% tinham excesso de peso e 35,7% tinham obesidade. Entre os adultos que referiram hipertensão (24,5%), 70,3% tinham excesso de peso e 33,2% tinham obesidade. Para quem referiu ter ambas as doenças: 73,8% tinham excesso de peso e 40,8% tinham obesidade⁴².



Fonte: Brasil, 2020.

Do conjunto de DCNT monitoradas pelo Vigitel, o excesso de peso aparece como a mais frequente entre adultos, ao longo do período em análise. O gráfico a seguir mostra a evolução das prevalências de excesso de peso, obesidade, diabetes e hipertensão em adultos.



Fonte: Brasil, 2020.

42 Brasil. Ministério Da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Vigitel Brasil 2019 : vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico : estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados [Internet]. Ministério da Saúde, editor. Brasília; 2020 [cited 2020 Jun 24]. 137 p. Available from: http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2019_vigilancia_fatores_risco.pdf

Sobre as inúmeras e reconhecidas repercussões da obesidade, sabe-se que o IMC elevado aparece como um importante fator de risco para doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a obesidade está associada a riscos para a saúde devido à sua relação com complicações metabólicas, como aumento da pressão arterial, dos níveis de colesterol e de triglicérides sanguíneos e resistência à insulina⁴³ ; além disso, está relacionada a:

- Acidente vascular cerebral, aneurisma, doenças cardiovasculares, infarto, doença renal, pré-eclâmpsia, diabetes, diabetes gestacional, amputação, perda da visão⁴⁴; 13 em cada 100 casos de câncer são associados ao excesso de peso⁴⁵; principais tipos de câncer associados à obesidade: mama, útero, cólon, próstata, fígado⁴⁶; redução da qualidade de vida, depressão, ansiedade e baixa autoestima^{47,48,49}; maior mortalidade por H1N1^{50,51}; asma; apneia e DPOC; refluxo gastroesofágico, colelitíase, síndrome metabólica, esteatose hepática, osteoartrite; doença renal; infertilidade feminina, amenorréia e incontinência urinária; disfunção erétil; complicações maternas e desfechos fetais adversos⁵².

⁴³ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica 38 - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Obesidade. Ministério da Saúde, editor. Brasília; 2014. 214 p.

⁴⁴ Shekar M, Popkin B. Obesity Health and Economic Consequences of an Impending Global Challenge. Human Development Perspectives series. Washington, DC; 2020

⁴⁵ Fiolet T, Srour B, Sellem L, Kesse-Guyot E, Allès B, Méjean C, et al. Consumption of ultra-processed foods and cancer risk: Results from NutriNet-Santé prospective cohort. *BMJ*. 2018 Feb 14;360.

⁴⁶ Rezende LFM de, Arnold M, Rabacow FM, Levy RB, Claro RM, Giovannucci E, et al. The increasing burden of cancer attributable to high body mass index in Brazil. *Cancer Epidemiol [Internet]*. 2018 Jun 1 [cited 2020 Feb 3];54:63–70. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29604601>

⁴⁷ De Oliveira ML, Santos LMP, Silvada EN. Direct healthcare cost of obesity in brazil: An application of the cost-of-illness method from the perspective of the public health system in 2011. Vol. 10, *PLoS ONE*. Public Library of Science; 2015.

⁴⁸ OECD. The Heavy Burden of Obesity: The Economics of Prevention [Internet]. Paris; 2019 [cited 2020 Mar 17]. Available from: <https://doi.org/10.1787/67450d67-en>.

⁴⁹ Amiri S, Behnezhad S. Obesity and anxiety symptoms: a systematic review and meta-analysis. *Neuropsychiatrie [Internet]*. 2019 Jun 1 [cited 2020 Mar 31];33(2):72–89. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30778841>

⁵⁰ Wadden TA, Volger S, Tsai AG, Sarwer DB, Berkowitz RI, Diewald LK, et al. Managing obesity in primary care practice: An overview with perspective from the POWER-UP study. *Int J Obes*. 2013 Aug 1;37(0 1):S3–11.

⁵¹ Turer CB. Tools for successful weight management in primary care. *Am J Med Sci*. 2015;350(6):485–97.

⁵² Mafort TT, Rufino R, Costa CH, Lopes AJ. Obesity: Systemic and pulmonary complications, biochemical abnormalities, and impairment of lung function. Vol. 11, *Multidisciplinary Respiratory Medicine*. BioMed Central Ltd.; 2016. p. 1–11.

- Mais recentemente, como apontado no cenário mundial^{53,54,55,56}, o Brasil também tem apresentado a condição de obesidade como importante fator de risco na pandemia da covid-19, inclusive sendo um fator de risco para a letalidade. Pessoas com obesidade apresentam aumento de complicações e agravamento dos sintomas; maior ocorrência e período de internações; utilização de ventilação mecânica; internação em UTI; maior risco de óbitos entre menores de 60 anos^{57,58,59,60,61,62,63,64,65}. Indivíduos com obesidade têm risco 46,0% maior de covid-19 positivo; 113% maior para internação; 74% maior para admissão na UTI; aumento de 48% nas mortes⁶⁶.

⁵³Centers for Disease Control and Prevention. Information for Healthcare Professionals: covid-19 and Underlying Conditions | CDC [Internet]. 2020 [cited 2020 Apr 9]. Available from: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/underlying-conditions.html>

⁵⁴European Centre for Disease Prevention and Control. Coronavirus disease 2019 (covid-19) in the EU/EEA and the UK – eighth update [Internet]. 2020. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/covid-19-rapid-risk-assessment-coronavirus-disease-2019-eighth-update-8-april-2020.pdf>

⁵⁵National Health Service. Advice for people at higher risk. Coronavirus (covid-19) [Internet]. 2020. Available from: <https://www.nhs.uk/conditions/coronavirus-covid-19/advice-for-people-at-high-risk/>

⁵⁶Public Health England. Guidance on social distancing for everyone in the UK [Internet]. 2020. Available from: <https://www.gov.uk/government/publications/covid-19-guidance-on-social-distancing-and-for-vulnerable-people/guidance-on-social-distancing-for-everyone-in-the-uk-and-protecting-older-people-and-vulnerable-adults>

⁵⁷Zhou Y, Yang Q, Chi J, Dong B, Lv W, Shen L, et al. Comorbidities and the risk of severe or fatal outcomes associated with coronavirus disease 2019: A systematic review and meta-analysis. Vol. 99, *International Journal of Infectious Diseases*. Elsevier B.V.; 2020. p. 47–56.;

⁵⁸Seidu S, Gillies C, Zaccardi F, Kunutsor SK, Hartmann-Boyce J, Yates T, et al. The impact of obesity on severe disease and mortality in people with SARS-CoV-2: A systematic review and meta-analysis. *Endocrinol Diabetes Metab* [Internet]. 2020 Aug 14 [cited 2020 Sep 10]

⁵⁹de Siqueira JVV, Almeida LG, Zica BO, Brum IB, Barceló A, de Siqueira Galil AG. Impact of obesity on hospitalizations and mortality, due to covid-19: A systematic review [Internet]. *Obesity Research and Clinical Practice*. Elsevier Ltd; 2020 [cited 2020 Sep 10].

⁶⁰Földi M, Farkas N, Kiss S, Zádori N, Vánca S, Szakó L, et al. Obesity is a risk factor for developing critical condition in covid-19 patients: A systematic review and meta-analysis. *Obes Rev* [Internet]. 2020 Oct 19 [cited 2020 Sep 10];21(10)

⁶¹Hussain A, Mahawar K, Xia Z, Yang W, EL-Hasani S. Obesity and mortality of covid-19. Meta-analysis [Internet]. Vol. 14, *Obesity Research and Clinical Practice*. Elsevier Ltd; 2020 [cited 2020 Sep 10]. p. 295–300

⁶²Tamara A, Tahapary DL. Obesity as a predictor for a poor prognosis of covid-19: A systematic review. *Diabetes Metab Syndr Clin Res Rev* [Internet]. 2020 Jul 1 [cited 2020 Sep 10];14(4):655–9

⁶³Simonnet A, Chetboun M, Poissy J, Raverdy V, Noulette J, Duhamel A, et al. High prevalence of obesity in severe acute respiratory syndrome coronavirus-2 (SARS-CoV-2) requiring invasive mechanical ventilation. *Obesity (Silver Spring)* [Internet]. 2020 Apr 9 [cited 2020 Apr 14]

⁶⁴Petrilli CM, Jones SA, Yang J, Rajagopalan H, O'Donnell LF, Chernyak Y, et al. Factors associated with hospitalization and critical illness among 4,103 patients with covid-19 disease in New York City. *medRxiv*. 2020 Apr 11;2020.04.08.20057794

⁶⁵Popkin BM, Du S, Green WD, Beck MA, Algaith T, Herbst CH, Alsukait RF, Alluhidan M, Alazemi N, Shekar M. Individuals with obesity and covid-19: A global perspective on the epidemiology and biological relationships. *Obes Rev*. 2020 Nov;21(11):e13128. doi: 10.1111/obr.13128. Epub 2020 Aug 26. PMID: 32845580; PMCID: PMC7461480

⁶⁶Zakka, K., Chidambaram, S., Mansour, S. et al. SARS-CoV-2 and Obesity: “CoVesity”—a Pandemic Within a Pandemic. *OBES SURG* (2021). <https://doi.org/10.1007/s11695-020-04919-0>

Pessoas com sobrepeso ou obesidade apresentam até duas vezes mais probabilidade de diagnóstico autorreferido de doença cardíaca quando comparados a indivíduos eutróficos⁶⁷. Ainda, quanto mais jovem o indivíduo iniciar o manejo do sobrepeso/obesidade, menores as probabilidades de adquirir diabetes na fase adulta⁶⁸.

Diante das questões acima referidas, reafirma-se a necessidade de compreensão do problema enquanto de saúde pública e, mais, de que é preciso criar outras narrativas sobre a obesidade em que abordagens abrangentes e não reducionistas sejam consideradas para pensar estratégias de cuidado. É urgente que as pessoas que vivem com obesidade possam estar no centro da atenção, como protagonistas, de maneira que suas subjetividades tenham lugar⁶⁹.

2.3 Obesidade como doença crônica multifatorial: ambiente e determinantes sociais

A obesidade é uma doença crônica não transmissível (DCNT) de origem multifatorial e complexa, sendo considerada um grave problema de saúde pública devido às suas proporções epidêmicas^{70,71,72}.

A determinação multifatorial do sobrepeso e da obesidade está relacionada ao modo de vida das populações modernas. Entre suas causas estão os fatores biológicos, históricos, ecológicos, econômicos, sociais, culturais e políticos⁷³.

⁶⁷ Gonçalves RPF, Haikal DS, Freitas MI de F, Machado ÍE, Malta DC. Self-reported medical diagnosis of heart disease and associated risk factors: National health survey. *Rev Bras Epidemiol.* 2019;22

⁶⁸ Owen CG, Kapetanakis V V., Rudnicka AR, Wathern AK, Lennon L, Papacosta O, et al. Body mass index in early and middle adult life: Prospective associations with myocardial infarction, stroke and diabetes over a 30-year period: The British Regional Heart Study. *BMJ Open.* 2015;5(9):1–8.

⁶⁹ RALSTON, J. et al. Time for a new obesity narrative. *The Lancet*, v. 392, Issue 10156, p. 1384-1386, October 20, 2018. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32537-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32537-6)

⁷⁰ Swinburn BA, Kraak VI, Allender S, Atkins VJ, Baker PI, Bogard JR, et al. The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report. *The Lancet*. fevereiro de 2019;393(10173):791–846.

⁷¹ Pinheiro AR de O, Freitas SFT de, Corso ACT. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. *Rev Nutr.* 12PY - 2004 de 2004;17(4):523–33.

⁷² World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. WHO Tech Rep Ser. 00PY - 2000 de 2000;(894):253–253

⁷³ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica 38 - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Obesidade. Ministério da Saúde, editor. Brasília; 2014. 214 p

O padrão alimentar da população brasileira sofreu significativa alteração nas últimas décadas, sendo caracterizado pela redução do consumo de alimentos básicos e pela maior participação de alimentos ultraprocessados⁷⁴.

Os processos e ingredientes utilizados na fabricação desses alimentos são escolhidos para criar alimentos altamente rentáveis, duráveis, convenientes e mais palatáveis; porém, de baixo valor nutricional^{75,76}, com maior densidade energética, maior quantidade de açúcar livre, gordura total, gordura saturada e gordura trans⁷⁷, e menos fibras, vitaminas e minerais⁷⁸.

A literatura científica reconhece, claramente, que o consumo desses alimentos é um fator de risco para o desenvolvimento de obesidade, diabetes e outras doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e está relacionado a mortes por doenças cardiovasculares e acidente vascular cerebral em todas as idades, a asma e a chiado em adolescentes, a hipertensão, a câncer geral e de mama e a distúrbios gastrointestinais funcionais em adultos⁷⁹. A relação entre ingestão de alimentos ultraprocessados e maior IMC, maior circunferência da cintura e maiores chances de ocorrência de sobrepeso e obesidade foi apontada em estudos com adultos brasileiros, estadunidenses e canadenses⁸⁰.

⁷⁴Monteiro CA. The role of the transnational ultra-processed food industry in the pandemic of obesity and its associated diseases: problems and solutions. *World Nutr* [Internet]. 2019 [cited 2019 Dec 5];10(1):89–99.

⁷⁵Ludwig DS. Technology, diet, and the burden of chronic disease. Vol. 305, *JAMA - Journal of the American Medical Association*. 2011. p. 1352–3

⁷⁶Monteiro CA, Cannon G, Levy RB, Moubarac JC, Louzada MLC, Rauber F, et al. Ultra-processed foods: What they are and how to identify them. Vol. 22, *Public Health Nutrition*. Cambridge University Press; 2019. p. 936–41

⁷⁷Louzada ML da C, Martins APB, Canella DS, Baraldi LG, Levy RB, Claro RM, et al. Ultra-processed foods and the nutritional dietary profile in Brazil. *Rev Saude Publica*. 2015;49

⁷⁸Louzada ML da C, Martins APB, Canella DS, Baraldi LG, Levy RB, Claro RM, et al. Impact of ultra-processed foods on micronutrient content in the Brazilian diet. *Rev Saude Publica*. 2015;49

⁷⁹Laura Da Costa M, Daniela L, Canella S, Constante P, Carlos J, Monteiro A. Alimentação e saúde: a fundamentação científica do guia alimentar para a população brasileira. 2019 [cited 2019 Dec 5]; Available from: <http://www.biblioteca.fsp.usp.br>

⁸⁰Laura Da Costa M, Daniela L, Canella S, Constante P, Carlos J, Monteiro A. Alimentação e saúde: a fundamentação científica do guia alimentar para a população brasileira. 2019 [cited 2019 Dec 5]; Available from: <http://www.biblioteca.fsp.usp.br>

Além das mudanças do padrão alimentar, deve-se destacar o aumento da inatividade física e do tempo em comportamento sedentário durante as atividades domésticas, aquelas realizadas no trabalho ou na escola, nos deslocamentos e, também, no tempo livre⁸¹, o que contribui para o desequilíbrio entre a quantidade de calorias consumidas e gastas.

Nesse sentido, a inatividade física está associada à maior circunferência da cintura e ao maior IMC, em crianças e adolescentes e também em adultos^{82,83}. Além disso, é associada a diversas outras DCNT, como cardiopatias, o diabetes mellitus tipo 2 e alguns tipos de cânceres, além de estar relacionada à mortalidade prematura e à mortalidade por todas as causas^{84,85,86}. Por outro lado, o tempo em comportamento sedentário está fortemente relacionado à obesidade em crianças e em adolescentes; à diabetes mellitus tipo II, à síndrome metabólica e à mortalidade por todas as causas em adultos⁸⁷; e à circunferência da cintura, bem como ao sobrepeso e à obesidade, em idosos⁸⁸.

A prevenção e o diagnóstico precoce da obesidade são importantes aspectos para a promoção da saúde e a redução de morbimortalidade, não só por a obesidade ser um fator de risco importante para outras doenças, mas também por interferir na duração e qualidade de vida e, ainda, ter implicações diretas na saúde mental dos indivíduos⁸⁹. Além disso, políticas e ações direcionadas à prevenção e ao cuidado da obesidade em crianças podem contribuir, sobremaneira, com a reversão do cenário epidemiológico da obesidade em adultos, em médio e longo prazos.

⁸¹ Guthold, R., Stevens, G. A., Riley, L. M., & Bull, F. C. (2018). Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1.9 million participants. *The lancet global health*, 6(10), e1077-e1086.

⁸² Guilherme, Flávio Ricardo, Molena-Fernandes, Carlos Alexandre, Guilherme, Vânia Renata, Fávero, Maria Teresa Martins, Reis, Eliane Josefa Barbosa dos, & Rinaldi, Wilson. (2015). Physical inactivity and anthropometric measures in schoolchildren from Paranavaí, Paraná, Brazil. *Revista Paulista de Pediatria*, 33(1), 50-55.

⁸³ Díaz-Martínez, X., Petermann, F., Leiva, A. M., Garrido-Méndez, A., Salas-Bravo, C., Martínez, M. A., ... & Celis-Morales, C. (2018). Association of physical inactivity with obesity, diabetes, hypertension and metabolic syndrome in the Chilean population. *Revista medica de Chile*, 146(5), 585-595.

⁸⁴ SILVA, D. A.; et al. Burden of ischemic heart disease mortality attributable to physical inactivity in Brazil. *Revista de Saúde Pública*, v. 52, 2018.

⁸⁵ SILVA, D. A.; et al. Physical inactivity as risk factor for mortality by diabetes mellitus in Brazil in 1990, 2006, and 2016. *Diabetology & Metabolic Syndrome*, v. 11, 2019.

⁸⁶ Lee, I. M., Shiroma, E. J., Lobelo, F., Puska, P., Blair, S. N., Katzmarzyk, P. T., & Lancet Physical Activity Series Working Group. (2012). Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *The lancet*, 380(9838), 219-229.

⁸⁷ Rezende, L. F. M., Lopes, M. R., Rey-López, J. P., Matsudo, V. K. R., & do Carmo Luiz, O. (2014). Sedentary behavior and health outcomes: an overview of systematic reviews. *PloS one*, 9(8), e105620

⁸⁸ Rezende, L. F. M., Rey-López, J. P., Matsudo, V. K. R., & do Carmo Luiz, O. (2014). Sedentary behavior and health outcomes among older adults: a systematic review. *BMC public health*, 14(1), 1-9.

⁸⁹ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica 38 - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Obesidade. Ministério da Saúde, editor. Brasília; 2014. 214 p



A ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM SOBREPESO E OBESIDADE NA APS

3.1 Desafios e barreiras

A atenção à saúde das pessoas com obesidade é um grande desafio para as equipes de Atenção Primária. Sua abordagem, para ser efetiva, necessariamente envolve as diversas categorias profissionais das equipes de saúde e exige o protagonismo dos indivíduos, suas famílias e comunidade.

Estudo realizado com profissionais de saúde brasileiros para explorar e descrever os desafios para o manejo da obesidade no SUS mostrou que as principais barreiras são a alta demanda por atendimento curativo e individual, a presença de comorbidades e a falta ou acesso insuficiente a materiais didáticos, qualificação profissional e falta de apoio⁹⁰. Assim, apesar da sua magnitude, a obesidade parece ser invisível na rotina de trabalho de profissionais e gestores, muitas vezes não sendo reconhecida como problema de saúde pública. As barreiras relacionadas à oferta de cuidado reforçam a necessidade de priorização e revisão do processo de trabalho e aspectos estruturais da APS e evidenciam a urgência de empoderamento das equipes de saúde.

De forma geral, os desafios enfrentados para a atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade na APS são diversos e envolvem⁹¹:

- Diagnóstico nutricional tardio;
- Baixa resolutividade e dificuldade de adesão aos processos terapêuticos;

⁹⁰Menezes, Mariana & Lopes, Mariana & Freitas, Patrícia & Ramos de Carvalho, Maria Cecília & Ferreira, Nathália & Campos, Suellen & Lopes, Aline. (2020). Challenges for obesity management in a unified health system: the view of health professionals. *Family Practice*. 117. 1-7. 10.1093/fampra/cmaa117.

⁹¹Burlandy L, Teixeira MRM, Castro LMC, Cruz MCC, Santos CRB, De Souza SR, et al. Models of care for individuals with obesity in primary healthcare in the state of Rio de Janeiro, Brazil. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2020;36(3). Available from: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v36n3/1678-4464-csp-36-03-e00093419.pdf>

- Despreparo para lidar com a complexidade das doenças crônicas, em especial a obesidade;
- Busca pelos serviços de saúde motivada por complicações relacionadas à obesidade, tais como diabetes, hipertensão e dores articulares, mais do que pela obesidade;
- Pouca integração das ações de promoção da saúde no cotidiano de cuidado;
- Baixa atuação em equipe multiprofissional;
- Perspectiva culpabilizadora dos profissionais em relação aos indivíduos com obesidade, o que dificulta o acolhimento e o tratamento adequado;
- Inadequação do modelo biomédico para abordagem terapêutica integral da obesidade.

De acordo com dados do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab), menos de 3% das condições e problemas avaliados nos mais de 105 milhões de atendimentos realizados correspondiam à obesidade. E, desses, menos da metade teve consulta agendada para cuidado continuado (conduta aplicada para casos de DCNT). Entre os casos encaminhados para outros pontos da rede de atenção, 95,0% tiveram encaminhamento para serviço especializado⁹².

Veja abaixo a relação entre o percentual de consultas com condição avaliada “obesidade” e condição avaliada “hipertensão” e “diabetes”.

Tabela: Estimativa da prevalência de DM, HAS e Obesidade e avaliação na APS, Brasil, 2014-2019.

| | 2014 (%) | 2015 (%) | 2016 (%) | 2017 (%) | 2018 (%) | 2019 (%) |
|------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| DM Vigitel | 8,0 | 7,4 | 8,9 | 7,6 | 7,7 | 7,4 |
| DM avaliada APS | 9,8 | 10,2 | 10,1 | 10,3 | 10,4 | 10,1 |
| HAS Vigitel | 24,8 | 24,9 | 25,7 | 24,3 | 24,7 | 24,5 |
| HAS avaliada APS | 30,9 | 30,7 | 29,1 | 28,4 | 27,2 | 25,0 |
| Obesidade Vigitel | 17,9 | 18,9 | 18,9 | 18,9 | 19,8 | 20,3 |
| Obesidade avaliada APS | 2,9 | 2,7 | 2,5 | 2,7 | 3,1 | 2,7 |

Elaborada a partir dos dados do Vigitel e SISAB, 2014 - 2019.

3.2 Bases legais e diretrizes para a atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade na APS

A atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade, no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde (SUS), deve ter como bases de sustentação a Política Nacional de Alimentação e Nutrição⁹³, a Política Nacional de Promoção da Saúde⁹⁴, a Política Nacional de Atenção Básica⁹⁵, as normas e diretrizes para implementação da Linha Cuidado para Obesidade e os manuais, protocolos e instrutivos de cuidado.

A seguir, a descrição de alguns marcos que precisam ser considerados na atenção ao indivíduo com obesidade:

- **Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS)**⁹⁶: ferramenta de gestão do cuidado que visa contribuir para o fortalecimento da oferta de cuidados próprios da APS, com forte reconhecimento da clínica multiprofissional. A **CaSAPS** traz ações que as equipes de saúde devem oferecer para que as pessoas/cidadãos recebam atenção integral, tanto do ponto de vista biopsicossocial do processo saúde-doença como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação adequadas ao contexto da APS. Dentre os serviços diretamente relacionados ao sobrepeso e à obesidade destacam-se:
 - Aconselhamento para introdução da alimentação complementar na criança, de acordo com as diretrizes vigentes;
 - Estímulo à adoção de hábitos de vida saudáveis, como alimentação adequada e saudável, práticas corporais e atividades físicas, controle do álcool, tabaco e outras drogas, entre outros;
 - Promoção de alimentação e hábitos saudáveis na criança e no adolescente;
 - Promoção e apoio ao aleitamento materno exclusivo até 6 meses e continuado até 2 anos ou mais e manejo de problemas relacionados à lactação;

93 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. 1st ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. 84 p.

94 Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Anexo I da Portaria de Consolidação no 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018 [cited 2020 Apr 15]. 40 p.

95 Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação no 02, Anexo XXII, de 28 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. 2017.

96 Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS) Ministério da Saúde - Brasil [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2019 [cited 2020 Apr 16]. p. 20.

- Prevenção, identificação, tratamento e acompanhamento de distúrbios nutricionais no adulto e idoso;
 - Manejo e acompanhamento da pessoa com condições endocrinológicas mais prevalentes: hipotireoidismo, hipertireoidismo, nódulos de tireoide, obesidade e dislipidemia;
 - Prevenção, identificação, tratamento e acompanhamento de situações relacionadas a distúrbios nutricionais na criança e no adolescente (baixo peso, desnutrição, sobrepeso e obesidade).
- **Portaria de Consolidação nº 3, Anexo IV - Rede de Atenção à Saúde (RAS) das Pessoas com Doenças Crônicas⁹⁷:** Em seu capítulo II (*Das diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das pessoas com doenças crônicas*), 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. Essa portaria traz as atribuições dos componentes da RAS, inclusive da APS, no cuidado às pessoas com obesidade, especialmente aquelas com IMC maior ou igual a 40kg/m² (20). As recomendações dessa portaria são imprescindíveis para que estados e municípios organizem as suas linhas de cuidado de sobrepeso e obesidade na RAS.
 - **Portaria nº 2994, de 29 de outubro de 2020⁹⁸:** institui, em caráter excepcional e temporário, incentivo financeiro federal para atenção às pessoas com doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) no âmbito da Atenção Primária à Saúde, no Sistema Único de Saúde, no contexto da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) decorrente da pandemia do novo coronavírus. Tem como objetivo fortalecer a atenção precoce às pessoas com obesidade, diabetes mellitus ou hipertensão arterial sistêmica na APS, por meio da organização da assistência baseada em protocolos e em linhas de cuidado, buscando a redução de complicações associadas à covid-19, incluindo ações de promoção da saúde e de prevenção.

⁹⁷Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação No 3, Anexo IV - Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, Capítulo II - Das diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade no âmbito da rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas. 2017

⁹⁸Ministério da Saúde. Portaria nº 2994, de 29 de outubro de 2020

3.3 Eixos estratégicos para a implementação da atenção voltada aos indivíduos com obesidade

Considerando os atributos da APS, tanto os essenciais (acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, longitudinalidade, integralidade da atenção e coordenação da atenção dentro do sistema) quanto os derivados (atenção à saúde centrada na família, orientação comunitária e competência cultural) são eixos estratégicos para a implementação da atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade e seus objetivos:

- Organização das ações e serviços da Rede de Atenção: realizar análise da situação de saúde e da rede de serviços para a identificação de necessidades e de prioridades, visando à organização para a atenção voltada aos indivíduos com obesidade;
- Vigilância Alimentar e Nutricional: subsidia o planejamento da atenção nutricional e das ações relacionadas à promoção da saúde e da alimentação adequada e saudável, apoiando os profissionais de saúde no diagnóstico local e oportuno dos agravos alimentares e nutricionais e no levantamento de marcadores de consumo alimentar que possam identificar fatores de risco ou proteção. Com a VAN implementada, é possível monitorar e prever o cenário, a tendência e a magnitude da situação de obesidade em nível municipal, estadual e federal;
- Formação e educação permanente: desenvolver processos de educação permanente e incentivar a qualificação dos profissionais da APS e gestores do SUS para a realização de ações de promoção da saúde, prevenção e cuidado das pessoas com sobrepeso e obesidade;
- Promoção da saúde e prevenção do sobrepeso e obesidade a partir da APS: implementar ações de promoção da saúde e prevenção do excesso de peso, especialmente relacionadas à alimentação adequada e saudável e à prática de atividade física;
- Cuidado às pessoas com sobrepeso ou obesidade: promover a assistência integral multiprofissional e multidisciplinar, com abordagens individuais, familiares, coletivas e transversais, tanto no âmbito da APS, quanto por meio da coordenação das linhas de cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade nos diversos pontos da Rede de Atenção à Saúde;
- Monitoramento e avaliação da atenção ofertada aos indivíduos com obesidade: verificar e orientar ajustes necessários durante a execução das ações e levantar informações para avaliação do cumprimento de seus objetivos.



OPERACIONALIZAÇÃO DOS EIXOS ESTRATÉGICOS PARA A QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM SOBREPESO E OBESIDADE NA APS

Com o intuito de apoiar gestores e profissionais de saúde no planejamento e organização do processo de trabalho e aspectos estruturais que influenciam na atenção ao indivíduo com obesidade, trazemos a seguir recomendações acerca da operacionalização dos eixos estratégicos a serem considerados.

4.1. Organização das ações e serviços da Rede de Atenção à Saúde

Para diagnóstico da capacidade instalada das ações e serviços da RAS, sugere-se avaliação da **disponibilidade de infraestrutura física e de equipamentos adequados à atenção ao indivíduo com obesidade**. Cabe reforçar que seja considerada, inclusive, a infraestrutura de tecnologia da informação. Portanto, recomenda-se o levantamento, a análise e as adequações necessárias dos seguintes componentes:

Condições de **infraestrutura** para atenção às pessoas com obesidade: disponibilidade de serviços com salas amplas; salas para realização de atividades coletivas; disponibilização de rampas de acesso. Ainda, sugere-se avaliar a disponibilidade de serviços com horário estendido de atendimento, condição que poderá facilitar a execução das atividades. Para verificar as condições para adesão ao Programa Saúde na Hora, as informações podem ser consultadas em: <https://aps.saude.gov.br/ape/saudehora>.

Equipamentos para rastreamento e implementação do processo de cuidado: balanças adequadas (com capacidade superior a 200kg), estadiômetro, fita métrica, esfigmomanômetro adequado às pessoas com obesidade, estetoscópio e outros equipamentos para exame clínico; cadeiras adequadas nas salas de espera, macas e cadeiras ginecológicas e odontológicas adequadas.

Infraestrutura de tecnologia da informação: equipamentos como computador, disponibilidade de rede de internet, impressoras, sistemas informatizados disponíveis (e-SUS AB, prontuário eletrônico etc.). Além disso, equipamentos para implantação de telemedicina poderão auxiliar na assistência e na regulação do município e/ou região de saúde, especialmente em territórios com barreiras de acessibilidade. Informações adicionais relacionadas ao Programa de Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da Atenção Primária à Saúde - Informatiza APS, podem ser obtidas em: <https://aps.saude.gov.br/ape/informatizaaps>.

Considerando a complexidade que envolve a atenção às pessoas com obesidade, é importante que o gestor realize o **diagnóstico da rede de atenção** a fim de organizar a Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade e, assim, favorecer a atenção à saúde dos usuários em sua integralidade. É recomendável a articulação dos municípios na região de saúde para a organização e o funcionamento das ações e serviços, considerando os níveis de atenção, os serviços de referência, a disponibilização e regulação de consultas, vagas e exames na Rede de Atenção à Saúde para atender às demandas e necessidades da população⁹⁹. Para isso, recomenda-se consultar as portarias já publicadas para orientar a organização do cuidado no município.

4.2. Vigilância Alimentar e Nutricional

A Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) é caracterizada pela descrição contínua e pela predição de tendências da alimentação e nutrição da população e de seus fatores determinantes. Para fortalecer a atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no município, é importante realizar a vigilância alimentar e nutricional em todas as oportunidades de contato do usuário com a UBS ou com as equipes de Atenção Primária. Ao identificar de forma precoce algum desvio ou comportamento de risco para o desenvolvimento de excesso de peso e obesidade, é possível organizar as demandas para ofertar as intervenções disponíveis de forma adequada.

O registro dos dados de peso, altura e marcadores de consumo alimentar permite a atuação imediata das equipes, organização do processo de trabalho para dar seguimento aos casos que necessitem de apoio ou cuidado e a análise da situação de saúde, alimentação e nutrição de forma coletiva, além de possibilitar a melhoria da qualidade da intervenção, bem como a identificação de necessidades e de prioridades no território¹⁰⁰.

⁹⁹Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outra [Internet]. Brasília; 2011. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm

¹⁰⁰Brasil. Ministério da Saúde. Asis - Análise de Situação de Saúde [Internet]. Ministério da Saúde. Universidade Federal de Goiás, editor. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [cited 2020 Jun 24]. 198 p. Available from: www.saude.gov.br/bvs

O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan: <https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/>) é uma potente ferramenta para apoiar a gestão das informações de VAN na APS, incluindo informações de estado nutricional e de consumo alimentar de crianças, adolescentes, adultos, idosos e gestantes. Dessa forma, permite subsidiar a gestão no que se refere à análise dos indicadores de alimentação e nutrição da população.

Outras informações que contribuem com a análise do cenário alimentar e nutricional da população e subsidiam o gestor e equipes na realização do diagnóstico situacional de sua rede de serviços para atenção adequada às pessoas com sobrepeso e obesidade:

- **Dados demográficos e epidemiológicos:** são informações gerais da população adstrita em um determinado território e, embora amplos, visam orientar o gestor municipal quanto à dimensão e às características da sua população com o objetivo de dimensionar as necessidades em saúde, por exemplo, o levantamento de variáveis como tamanho da população, sua distribuição por sexo, idade, raça/cor, renda e escolaridade¹⁰¹. Em geral, para analisar as condições de saúde da população, são utilizados dados de morbidade e mortalidade devido à facilidade operacional e por servirem de alerta para a intervenção dos serviços de saúde¹⁰³. Provavelmente tais dados já estão disponíveis na Secretaria Municipal de Saúde e são destacados aqui apenas para que seja avaliado o cenário em que se situa a problemática do excesso de peso na referida população.

4.3. Formação e educação permanente

Os investimentos realizados pelo Ministério da Saúde, estados, Distrito Federal e municípios nos últimos anos, por meio de importantes programas, contribuíram para a melhoria da estrutura disponível nas UBS, como o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ-AB) e o Requalifica UBS. No entanto, ainda é necessário investir em processos de capacitação e formação que possam favorecer as práticas profissionais e que considerem - como sucesso do tratamento - não apenas a redução do IMC, mas também a melhoria das comorbidades associadas e, sobretudo, a possibilidade de a pessoa com sobrepeso e obesidade ter uma vida saudável.

¹⁰¹ Brasil. Ministério da Saúde. Asis - Análise de Situação de Saúde [Internet]. Ministério da Saúde. Universidade Federal de Goiás, editor. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [cited 2020 Jun 24]. 198 p. Available from: www.saude.gov.br/bvs

Para uma intervenção sobre perda de peso bem-sucedida é necessário treinamento e habilidade de aconselhamento,^{102,103} e é recomendável uma sensibilização dos profissionais de saúde que envolva todos os trabalhadores do serviço – gestor de unidade, profissionais de saúde de nível superior e técnico, agentes comunitários de saúde, profissionais administrativos e de suporte, como seguranças e auxiliares de limpeza – para evitar situações de discriminação e preconceito com os usuários com sobrepeso e obesidade.

O que está disponível hoje para a formação e a educação permanente em obesidade?

Para além dos instrumentos legais e das publicações técnicas disponíveis, o Ministério da Saúde disponibiliza diversos outros documentos para apoiar os profissionais de saúde e gestores nas ações de alimentação e nutrição, seja na vigilância alimentar e nutricional, no cuidado, na prevenção e tratamento da obesidade ou na promoção da alimentação adequada e saudável. Uma lista com essas publicações pode ser encontrada no Anexo I deste documento.

Para além das publicações, o Ministério da Saúde oferta uma série de cursos de ensino a distância, por meio da plataforma UNASUS e do Telessaúde, que podem ser utilizados pelos estados e municípios para a capacitação dos profissionais de saúde e qualificação do processo de trabalho. Atualmente estão disponíveis os seguintes cursos:

- o Curso autoinstrucional Abordagem do Sobrepeso e Obesidade na Atenção Primária à Saúde - UNA-SUS
- o Curso autoinstrucional Reconhecendo o Sobrepeso e a Obesidade na Atenção Primária à Saúde - UNA-SUS
- o Curso de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (Telessaúde UFMG/UNA-SUS).

Esses cursos de autoaprendizagem estão disponíveis em: <https://www.unasus.gov.br>

¹⁰²Kahan SI. Practical Strategies for Engaging Individuals With Obesity in Primary Care. Mayo Clin Proc [Internet]. 2018;93(3):351–9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2018.01.006>

¹⁰³Flodgren G, Gonçalves-Bradley DC, Summerbell CD, Gonçalves-Bradley DC, Summerbell CD. Interventions to change the behaviour of health professionals and the organisation of care to promote weight reduction in children and adults with overweight or obesity. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2017 Nov 30 [cited 2019 Dec 5];11(11):CD000984. Available from: <http://www.epistemonikos.org/documents/46d176dded25014ad3e92f8aaff5f1489ccbce>

Além dos cursos e publicações, ressalta-se também que os gestores têm autonomia para criar suas próprias estratégias de formação e de produzir publicações que se adequem às suas realidades locais. Contudo, devem observar as diretrizes, os fundamentos e os princípios estabelecidos nos instrumentos legais do SUS e estar em consonância com as políticas diretas (PNAN, PNAB, PNPS entre outras).

Uma estratégia recomendada é a articulação e a efetivação de parcerias institucionais no território que possam apoiar a gestão local no delineamento e na oferta de programas de formação continuada e atualizações para os profissionais da APS, bem como apoiar a produção e impressão de materiais didáticos e informativos para auxiliá-los no cuidado prestado aos usuários da APS e à população do território.

4.4. Promoção da saúde e prevenção do sobrepeso e obesidade a partir da APS

A Política Nacional de Promoção da Saúde baseia-se no conceito ampliado de saúde e define a promoção da saúde como um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, caracterizando-se pela articulação e cooperação intra e intersetorial, pela formação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), buscando articular suas ações com as demais redes de proteção social, com ampla participação e controle social. Entre seus temas prioritários correlacionados com a condição de sobrepeso e obesidade estão:

- **A alimentação adequada e saudável**, que compreende o desenvolvimento de ações relativas à alimentação adequada e saudável, visando à promoção da saúde e à segurança alimentar e nutricional, contribuindo com as ações e com as metas de redução da pobreza, com a inclusão social e com a garantia do direito humano à alimentação adequada (DHAA).
- **As práticas corporais e atividades físicas**, compreendem ações, aconselhamento e divulgação de práticas corporais e de atividades físicas, incentivando a melhoria das condições dos espaços públicos, considerando a cultura local e incorporando brincadeiras, jogos, danças populares, entre outras práticas.

Considerando esses temas, são exemplos de ações e iniciativas que os gestores municipais poderão desenvolver, entre outras que sejam identificadas como possíveis e necessárias em seu município:

1. Ações direcionadas à promoção da alimentação adequada e saudável

No âmbito local, o elenco de estratégias direcionadas à promoção da alimentação adequada e saudável (PAAS) envolve o incentivo à criação de ambientes institucionais promotores de alimentação adequada e saudável, incidindo sobre a oferta de alimentos saudáveis nas escolas e nos ambientes de trabalho, assim como entre pequenos comércios de alimentos e refeições, favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis e a educação alimentar e nutricional¹⁰⁴.

Já as ações de prevenção devem possibilitar aos indivíduos e às comunidades a apropriação do conhecimento sobre o processo saúde-doença, incluindo fatores de risco e de proteção à saúde, assim como empoderá-los a fazer opções saudáveis apoiadas na conquista de sua autonomia ¹⁰⁵.

A responsabilidade das equipes de saúde com relação à PAAS deve transcender os limites das unidades de saúde, inserindo-se nos demais equipamentos sociais, como espaços comunitários de atividade física e práticas corporais, escolas e creches, associações comunitárias, redes de assistência social e ambientes de trabalho, entre outros¹⁰⁶. São alguns exemplos de ações de PAAS que podem ser realizadas por profissionais, equipes e gestores de saúde:

- Promover a articulação e a atuação das equipes da saúde em espaços institucionais como escolas, creches, abrigos, presídios, albergues, locais de trabalho, hospitais, restaurantes populares e cozinhas comunitárias, entre outros, para desenvolvimento de ações de promoção da alimentação adequada e saudável;
- Articular-se com as redes de equipamentos de segurança alimentar e nutricional (bancos de alimentos, cozinhas comunitárias, restaurantes populares, entre outros), de educação e socioassistencial para desenvolvimento de ações de educação alimentar e nutricional;

¹⁰⁴Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. 1st ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. 84 p

¹⁰⁵Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica 38 - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Obesidade. Ministério da Saúde, editor. Brasília; 2014. 214 p

¹⁰⁶Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. 1st ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. 84 p

- Articular-se com o Poder Legislativo local para propor medidas fiscais e regulatórias que promovam e incentivem a construção de ambientes saudáveis no território;
- Garantir e dar prioridade, no âmbito das competências e atuação da vigilância sanitária, assistência técnica sobre boas práticas na manipulação, processamento, embalagem e transporte de alimentos oriundos da agricultura familiar, dos assentamentos da reforma agrária e de comunidades tradicionais;
- Incentivar a agricultura/horticultura/fruticultura familiar/comunitária, valorizando os pequenos agricultores das zonas rurais dos municípios, garantindo estratégias e/ou locais adequados para comercialização de frutas, legumes e verduras e de outros alimentos saudáveis e culturalmente referenciados, a preços acessíveis ou subsidiados, especialmente em áreas mais vulneráveis;
- Articular estratégias com lideranças comunitárias para a criação e manutenção de hortas comunitárias, escolares e urbanas, em espaços públicos adequados, para apoiar a promoção da alimentação adequada e saudável no território;
- Mapear feiras e pontos de venda de alimentos in natura e minimamente processados nas comunidades e/ou no município e consumo de alimentos saudáveis no território;
- Intensificar as ações de promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável na APS (pré-natal, puerpério e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil), nas maternidades e outros equipamentos públicos envolvidos no cuidado infantil;
- Organizar protocolos curtos e instrutivos práticos, com abordagem individual e coletiva respeitosa e centrada no usuário, para apoiar a conduta de profissionais de saúde e das equipes de atenção primária na disseminação das recomendações para adoção de uma alimentação saudável e outras temáticas;
- Priorizar e ampliar o acesso aos serviços de saúde das famílias beneficiárias de programas de transferência de renda e outros públicos prioritários ou em situação de vulnerabilidade.

Considerando que tanto a promoção da saúde como a SAN requerem estratégias de articulação intersetorial que garantam a resolutividade das ações desenvolvidas no âmbito da saúde, sugerem-se como **iniciativas estratégicas** a serem conduzidas pelo gestor da saúde:

- Articular-se com os setores públicos responsáveis pela produção, distribuição, abastecimento e comércio local de alimentos e com setor responsável pela gestão das ações de segurança alimentar e nutricional (SAN), com vistas a ampliar a produção, o acesso e o consumo de alimentos adequados e saudáveis;

- Criar redes de apoio no território, com foco na promoção da AAS e de Atividades Físicas e na prevenção das DCNT (ênfase na obesidade, DM e, HAS);
- Participar de comitês, conselhos e comissões que integrem os setores de políticas públicas que tenham interface com a promoção da saúde e com a SAN/PAAS.

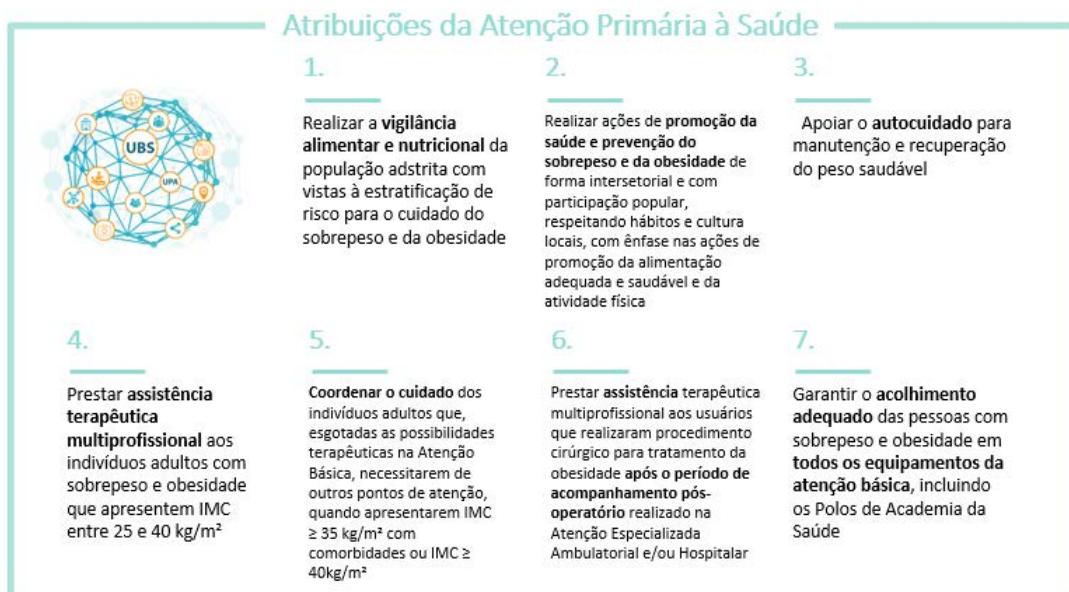
2. Ações direcionadas à atividade física:

- Viabilizar recursos para implementação de parques, praças, quadras esportivas, ciclovias, ciclorrotas ou ciclofaixas para deslocamento ativo da população no município;
- Estabelecer parcerias com clubes e escolas para utilização do espaço físico para a prática de atividade física e articulação com escolas, igrejas, associações de moradores, comércio, assistência social;
- Fomentar a inclusão do tema atividade física no processo de trabalho de gestores e profissionais da APS;
- Incentivar a o aconselhamento em atividade física por todos os profissionais de saúde;
- Incluir o profissional de educação física, sempre que possível, na equipe multiprofissional da APS;
- Fortalecer e ampliar o Programa Academia da Saúde por meio da contratação de profissionais especializados para a oferta de prática de atividade física;
- Fomentar o uso das estruturas dos polos do Programa Academia da Saúde na articulação com profissionais de saúde da APS e/ou outras equipes com programas similares;
- Referenciar os usuários ao Programa Academia da Saúde;
- Inserir na rotina do serviço estratégias e ações de promoção da prática regular de atividade física entre os usuários da UBS e população do território, com base em protocolos preconizados pela APS;
- Promover eventos e campanhas para incentivar a prática regular de atividade física pela população do território.

4.5 Cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade

A atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade na APS deve obedecer às diretrizes de 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, publicada na Portaria nº 424, de 19 de março de 2013.

Destaca-se que as ações da Linha de Cuidado de Sobrepeso e Obesidade (LCSO) contemplam atribuições aos componentes da APS, da Atenção Especializada (Subcomponente Ambulatorial Especializado; Subcomponente Hospitalar; e Subcomponente Urgência e Emergência), dos sistemas de apoio e logísticos e do sistema de regulação. A estratégia de atenção aqui tratada destina-se à APS, razão pela qual, neste manual, serão destacadas e detalhadas as responsabilidades desse ponto de atenção. Contudo, ressalta-se que a construção de redes com os demais níveis de atenção é imprescindível para a resolutividade do cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade

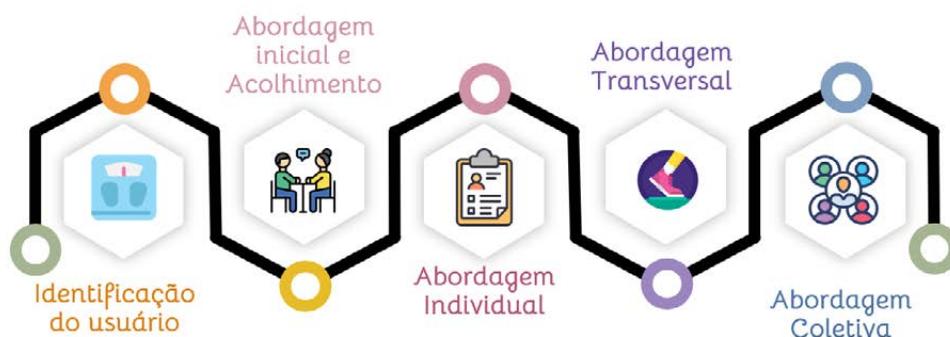


Fonte: elaboração própria

Com o objetivo de atender às responsabilidades da APS para a atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade, o processo de cuidado propõe atividades para as situações de sobrepeso ou obesidade que buscam garantir um contato continuado do usuário com a equipe. No entanto, é fundamental que o gestor de saúde do município, o gestor do serviço e a equipe de saúde estejam cientes de que

a estrutura sugerida aqui deve ser adaptada conforme a capacidade de cada serviço, equipe e profissional de saúde e a realidade epidemiológica local.

No âmbito do cuidado, esse processo foi dividido em 5 componentes – **identificação do usuário; abordagem inicial e acolhimento; abordagem individual; abordagem transversal; e abordagem coletiva** –, conforme ilustrado abaixo:



» **Identificação do usuário:**

Deve ser realizada na área de abrangência em que ele se encontra cadastrado; por isso é importante que as ações deste componente sejam realizadas em todas as unidades básicas de saúde do município.

Cabe ressaltar que, de acordo com a realidade local e o perfil epidemiológico da população adscrita (como quantitativo de usuários com sobrepeso e com obesidade), as ações podem ser iniciadas pelos usuários com obesidade e depois estendidas para aqueles com sobrepeso, por exemplo. No entanto, cabe reforçar a importância de estabelecer um processo de cuidado voltado para as pessoas com sobrepeso, sempre que possível, visto que melhorar a condição de saúde dessa população poderá resultar em melhorias do quadro de comorbidades presentes, manutenção ou redução do peso e prevenção da condição de obesidade.

A identificação dos usuários com sobrepeso e obesidade pode ser realizada durante qualquer momento de contato destes com a equipe de saúde, por meio de avaliação antropométrica oportuna durante:

- Demanda espontânea;
- Consultas programáticas;
- Busca ativa de pessoas com sobrepeso e obesidade (Sisvan);
- Registro de condicionalidades do Programa Bolsa Família;
- Atividades coletivas.

» **Acolhimento e a abordagem inicial:**

Pessoas com sobrepeso ou obesidade se sentem estigmatizadas,^{107,108,109,110} e muitas vezes as ações dos profissionais de saúde e a estrutura das unidades de saúde podem reforçar nessas pessoas o sentimento de que não são bem-vindas nesses locais, quando não estão adequados para recebê-las (quando não há cadeiras ou macas ou outros equipamentos que suportem seu peso, por exemplo)^{111,112,113}. Muitas vezes, a pessoa com obesidade é discriminada dentro do grupo social, que pode ser a própria família, a escola, os vizinhos e os amigos, o que pode levar a um isolamento cada vez maior e à busca por preencher seu sentimento de insatisfação por meio da comida¹¹⁴.

¹⁰⁷ Phelan SM, Burgess DJ, Yeazel MW, Hellerstedt WL, Griffin JM, van Ryn M. Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. *Obes Rev.* 2015 Apr;16(4):319-26. doi: 10.1111/obr.12266

¹⁰⁸ Rubino F, Puhl RM, Cummings DE, Eckel RH, Ryan DH, Mechanick JI, Nadglowski J, Ramos Salas X, Schauer PR, Twenefour D, Apovian CM, Aronne LJ, Batterham RL, Berthoud HR, Boza C, Busetto L, Dicker D, De Groot M, Eisenberg D, Flint SW, Huang TT, Kaplan LM, Kirwan JP, Korner J, Kyle TK, Laferrère B, le Roux CW, McIver L, Mingrone G, Nece P, Reid TJ, Rogers AM, Rosenbaum M, Seeley RJ, Torres AJ, Dixon JB. Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. *Nat Med.* 2020 Apr;26(4):485-497. doi: 10.1038/s41591-020-0803-x.

¹⁰⁹ Puhl RM, Heuer CA. Obesity stigma: important considerations for public health. *Am J Public Health.* 2010 Jun;100(6):1019-28. doi: 10.2105/AJPH.2009.159491.

¹¹⁰ Brewis AA. Stigma and the perpetuation of obesity. *Soc Sci Med.* 2014 Oct;118:152-8. doi: 10.1016/j.socscimed.2014.08.003.

¹¹¹ Bertakis KD, Azari R. The impact of obesity on primary care visits. *Obes Res.* 2005 Sep;13(9):1615-23. doi: 10.1038/oby.2005.198.

¹¹² Brown I, Thompson J, Tod A, Jones G. Primary care support for tackling obesity: a qualitative study of the perceptions of obese patients. *Br J Gen Pract.* 2006;56(530):666-672.

¹¹³ Kahan SI. Practical Strategies for Engaging Individuals With Obesity in Primary Care. *Mayo Clin Proc [Internet].* 2018;93(3):351-9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2018.01.006>

¹¹⁴ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica 38 - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Obesidade. Ministério da Saúde, editor. Brasília; 2014. 214 p

Assim, considerando a importância de acolher os indivíduos com sobrepeso e obesidade e contribuir para o processo de promoção da saúde, prevenção e tratamento dessa condição, é fundamental que todos os trabalhadores envolvidos na gestão e na execução da atenção compreendam os diversos fatores determinantes da obesidade, evitando a culpabilização do indivíduo e sua família e considerem, para a organização dos processos de trabalho, a importância do cuidado centrado na pessoa.

Desse modo, é importante que as equipes de saúde identifiquem os usuários com sobrepeso e obesidade e iniciem conversas centradas na pessoa e direcionadas para a saúde e que os profissionais de saúde solicitem permissão antes de discutir o peso ou fazer avaliações antropométricas, de maneira que possa compreender a visão do indivíduo sobre si.

O acolhimento e a abordagem inicial devem ser realizados por profissional de nível superior da equipe de saúde. Essa abordagem deve iniciar com o pedido de permissão para discutir o peso do usuário e tem como objetivos principais:

- Sensibilizar o usuário (utilizar ferramentas e perguntas respeitosas, não culpabilizadoras) e conhecer mais aspectos da sua vida que possam influenciar a sua condição;
- Avaliar comorbidades e risco cardiovascular - explicar ao usuário os resultados e riscos para saúde relacionados;
- Realizar avaliação antropométrica, classificação do estado nutricional e avaliação dos marcadores de consumo alimentar (Sisvan), conforme orientações da Vigilância Alimentar e Nutricional (<https://aps.saude.gov.br/ape/vigilanciaalimentar>);
- Avaliar o estágio de prontidão de mudança ou o estágio de mudança do comportamento - permite direcionar melhor as ações e metas para cada indivíduo, considerando que estes apresentam diferentes percepções e motivações para realizar mudanças em sua alimentação ou em seu estilo de vida (página 79 do CAB 38);
- Avaliar os níveis de atividade física, quando possível, e, quando houver limitações de mobilidade, avaliar as atividades da vida diária (AVD) - caracterizadas pelas tarefas básicas cotidianas de autocuidado;
- Realizar intervenções breves - apresentar e explicar os 10 passos para a alimentação adequada e saudável com base no *Guia Alimentar para a*

População Brasileira, fazer intervenções alimentares baseadas nos Protocolos de Uso do Guia Alimentar;

- Agendar consulta com enfermeiro ou médico da equipe e nutricionista (ou outro profissional que se considere mais pertinente, tanto pela técnica quanto pelo vínculo com o usuário), caso disponível (abordagem individual), para iniciar o acompanhamento voltado ao tratamento da obesidade;
- Refletir junto ao usuário possíveis atividades coletivas realizadas na/pela unidade de saúde nas quais ele possa ser inserido e que tenham relação mais ou menos direta com a obesidade;
- Caso o usuário opte por não iniciar o tratamento naquele momento, enfatizar que a equipe permanecerá à disposição para apoiar o início do tratamento em ocasião mais adequada para o usuário;

» **Abordagem inclusiva e ferramenta 5As**

A abordagem inclusiva é definida como aquela que reconhece a complexidade dos fatores envolvidos no ganho de peso corporal e por isso compreende que o ganho ou perda de peso não é consequência apenas de escolhas individuais^{115,116,117}.

Assim, fundamenta-se nos princípios de que: todos são capazes de alcançar saúde e bem-estar independentemente do peso corporal; as pessoas com sobrepeso e obesidade precisam ter acesso a cuidados de saúde não estigmatizantes; um determinado IMC não reflete um conjunto de práticas de saúde ou caráter moral das pessoas; e, portanto, o peso não deve ser o ponto focal para as ações de cuidado, mas a saúde e qualidade de vida das pessoas¹¹⁸.

¹¹⁵ Maclean PS, Bergouignan A, Cornier M-A, Jackman MR. Biology's response to dieting: the impetus for weight regain. *Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol*. setembro de 2011;301(3):R581-600.

¹¹⁶ Sumithran P, Proietto J. The defence of body weight: a physiological basis for weight regain after weight loss. *Clin Sci [Internet]*. 1o de fevereiro de 2013 [citado 11 de março de 2021];124(4):231-41. Disponível em: <https://portlandpress.com/clinsci/article/124/4/231/69118/The-defence-of-body-weight-a-physiological-basis>

¹¹⁷ Swinburn BA, Kraak VI, Allender S, Atkins VJ, Baker PI, Bogard JR, et al. A síndrome global da obesidade, desnutrição e mudanças climáticas - Relatório da Comissão The Lancet. Verão traduzida ao português. *The Lancet [Internet]*. 23 de fevereiro de 2019 [citado 28 de maio de 2020];393(10173):791-846. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)32822-8/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)32822-8/abstract)

¹¹⁸ Tylka TL, Annunziato RA, Burgard D, Danielsdóttir S, Shuman E, Davis C, et al. The weight-inclusive versus weight-normative approach to health: evaluating the evidence for prioritizing well-being over weight loss. *J Obes*. 2014;2014:983495

A oferta de ações de cuidado baseada nesses princípios pode contribuir para a redução do estigma sofrido pelas pessoas com obesidade e, desse modo, pode ampliar o acesso às práticas de saúde por esses indivíduos, uma vez que incentiva a inclusão da pessoa com obesidade na centralidade do processo de cuidado. Também contribui para que o foco do encontro entre profissional de saúde e usuário seja a concepção de saúde ou definição de bem-estar de quem deve ser o protagonista do processo de cuidado: o usuário.

Diante disso, a abordagem sugerida pela ferramenta 5As desenvolvida no Canadá^{119,120} aponta aspectos importantes que podem ser incorporados na rotina de cuidado das pessoas com sobrepeso e obesidade na APS¹²¹. Os 5As referem-se a cinco palavras que, traduzidas em ações, direcionam a abordagem no encontro entre profissional e usuário: Aborde/Pergunte, Avalie, Aconselhe, Acorde, Ajude¹²². Essas ações estão descritas a seguir:

¹¹⁹Rueda-Clausen CF, Benterud E, Bond T, Olszowka R, Vallis MT, Sharma AM. Effect of implementing the 5As of Obesity Management framework on provider-patient interactions in primary care: 5As of Obesity Management in primary care. *Clin Obes* [Internet]. fevereiro de 2014 [citado 4 de dezembro de 2020];4(1):39–44. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1111/cob.12038>

¹²⁰Sharma AM. 5As Framework for Obesity Management. Canadian Obesity Network [Internet]. 2014 [citado 16 de novembro de 2020]. Disponível em: <https://obesitycanada.ca>

¹²¹Jay M, Gillespie C, Schlair S, Sherman S, Kalet A. Physicians' use of the 5As in counseling obese patients: is the quality of counseling associated with patients' motivation and intention to lose weight? *BMC Health Serv Res* [Internet]. dezembro de 2010 [citado 4 de dezembro de 2020];10(1):159. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-10-159>

¹²²Obesity Canadá. 5As Team. Improving obesity prevention and management in primary care [Internet]. 2020 [citado 14 de novembro de 2020]. Disponível em: <https://obesitycanada.ca/5as-primary-care-toolkit-license-form/>

| | Ação | Descrição |
|---|--|---|
| <p data-bbox="201 290 362 397">Abordar e pedir permissão</p>  | <p data-bbox="406 290 701 482">Aborde e pergunte se você pode discutir o peso naquele momento e identifique a prontidão para mudanças</p> | <p data-bbox="742 290 1316 605">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.</p> <p data-bbox="742 703 1316 956">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.</p> <p data-bbox="742 1054 1316 1275">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.</p> |

| | Ação | Descrição |
|---|---|--|
| <p data-bbox="201 286 303 315">Avaliar</p>  | <p data-bbox="406 250 681 393">Avalie os riscos relacionados à obesidade e as causas raízes da obesidade</p> | <p data-bbox="742 250 1312 466">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.</p> <p data-bbox="742 505 1321 609">A avaliação das causas do ganho de peso deve considerar a influência dos fatores ambientais, socioeconômicos, emocionais e biológicos.</p> <p data-bbox="742 648 1321 1309">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.).</p> |

| Ação | | Descrição |
|--|--|---|
| <p>Aconselhar</p>  | <p>Aconselhe sobre riscos para a saúde e opções de tratamento</p> | <p>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.</p> <p>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.</p> |
| <p>Acordar</p>  | <p>Acorde com o usuário os resultados de saúde e metas comportamentais</p> | <p>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.</p> <p>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.</p> |

| Ação | | Descrição |
|--|--|---|
| Ajudar  | Ajude no acesso a recursos e serviços apropriados para a condição clínica existente | <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> |

Adaptado de 5As of Obesity Management for Adults^{123,124}.

¹²³Sharma AM. 5As Framework for Obesity Management. Canadian Obesity Network [Internet]. 2014 [citado 16 de novembro de 2020]. Disponível em: <https://obesitycanada.ca>

¹²⁴Obesity Canadá. 5As Team. Improving obesity prevention and management in primary care [Internet]. 2020 [citado 14 de novembro de 2020]. Disponível em: <https://obesitycanada.ca/5as-primary-care-toolkit-license-form/>

» **Abordagem transversal:**

A abordagem transversal se configura como um conjunto de ações de promoção da saúde e assistência multiprofissional cuja periodicidade e número de encontros não estão pré-estabelecidos, pois dependem da demanda e da necessidade de cada usuário, da organização dos serviços de saúde e de sua articulação intra e intersetorial, e da situação epidemiológica de cada território, podendo ocorrer a qualquer momento ao longo do acompanhamento do usuário.

Os processos de cuidado transversais poderão ser organizados segundo a disponibilidade no território de equipamentos e serviços para a oferta de:

- **Prática de atividade física:** a participação de um profissional de educação física no acompanhamento de usuários com obesidade favorece a orientação da atividade física de acordo com as necessidades e possibilidades de cada usuário. As atividades físicas podem ser realizadas na UBS, em espaços disponíveis no território, nos polos do Programa Academia da Saúde e em parcerias com instituições e equipamentos públicos ou privados. O Programa Academia da Saúde, uma iniciativa do MS, atua por meio de polos implantados em espaços públicos e dotados de infraestrutura, equipamentos e profissionais qualificados para a prática de atividades físicas. Como ponto de atenção no território, complementam o cuidado integral e fortalecem as ações de promoção da saúde em articulação com outros programas e ações de saúde. Para saber mais, acesse o link: <https://aps.saude.gov.br/ape/academia>
- **Práticas Integrativas e Complementares (PICS)**¹²⁵: por meio de encaminhamento a unidades de saúde que ofertam tais práticas ou capacitação dos profissionais para sua realização. De acordo com o *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Sobrepeso e Obesidade*, evidências científicas demonstram que algumas PICS, como yoga, auriculoterapia e tai chi chuan, têm eficácia no tratamento de indivíduos adultos com sobrepeso e obesidade, especialmente para redução do IMC e do peso corporal.
- **Apoio psicológico e abordagem familiar:** considerando a importância do apoio e/ou tratamento psicossocial, recomenda-se que a equipe multiprofissional para atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade contemple a participação de um psicólogo na sua composição, sempre que possível, a fim de estabelecer uma rotina de assistência conforme necessidade individual.

¹²⁵BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS - PNPIC-SUS: atitude de ampliação de acesso. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

Caso não seja possível, o suporte aos usuários deve ser fornecido pelos profissionais de nível superior da equipe, que também podem utilizar apoio matricial, telessaúde, encaminhamento para a atenção especializada ou equipamentos da rede de atenção psicossocial, se necessário.

» **Abordagens individuais**

As abordagens individuais são aquelas realizadas em consultas com profissionais de nível superior que atuarão em conformidade com as suas respectivas formações para o cuidado estritamente relacionado a demandas e necessidades específicas de cada indivíduo. Propõe-se que, após solicitar permissão do usuário para conversar sobre seu peso, as ações envolvam:

- Avaliação antropométrica com a classificação do estado nutricional e avaliação dos marcadores de consumo alimentar (Sisvan);
- Ações de manejo individual conforme o *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) de Sobrepeso e Obesidade em Adultos* (PCDT - http://conitec.gov.br/images/Protocolos/20201113_PCDT_Sobrepeso_e_Obesidade_em_Adultos_29_10_2020_Final.pdf);
- Definição do plano terapêutico, estabelecimento de metas e autocuidado: baseado no estabelecimento de hábitos e práticas relacionadas à escolha de alimentos, comportamentos alimentares e realização de atividade física (estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica - CAB 35 e CAB 38);
- Cuidado compartilhado multiprofissional, com a inclusão de categorias profissionais envolvidas nas ações de cuidado das pessoas com obesidade. A equipe deve contemplar minimamente enfermeiro/a, médico/a, técnicos e auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde e nutricionistas, sempre que possível. Ressalta-se que a participação de profissionais de educação física (a fim de que a prática de atividade física seja prescrita de acordo com as necessidades do indivíduo) e psicólogos/as (cujas intervenções estão focadas nos fatores psicológicos e mudanças comportamentais) na equipe contribuem para melhor adesão do usuário às intervenções propostas e resultados mais significativos no tratamento.
- Registro de problema/condição avaliada obesidade na ficha de atendimento individual do eSUS-AB ou prontuário eletrônico.

» **Abordagem coletiva**

Deve ser conduzida por profissionais de nível superior que constituem a equipe de cuidado à pessoa com obesidade e deve propiciar a participação de mais de um profissional da equipe e também dos demais profissionais da equipe de APS.

As atividades podem ser realizadas no ambiente da própria UBS ou outro ambiente disponível no território e deve seguir as normas estabelecidas de acordo com o quadro epidemiológico de cada município. Elas podem ser realizadas de maneira intercalada com as consultas individuais, o que facilita a abordagem de temas comuns aos usuários que fazem parte do acompanhamento de tratamento da obesidade.

É importante destacar, no entanto, que as atividades coletivas, apesar de benéficas, não devem ser condicionantes para o cuidado e tratamento individual. Ou seja, não se pode colocar a participação em atividades coletivas como pré-requisito para o atendimento individual. Devem-se contemplar as particularidades e necessidades de cada indivíduo, se ele está disposto e à vontade ou não para participar do grupo, e adequar o cuidado de acordo com suas demandas.

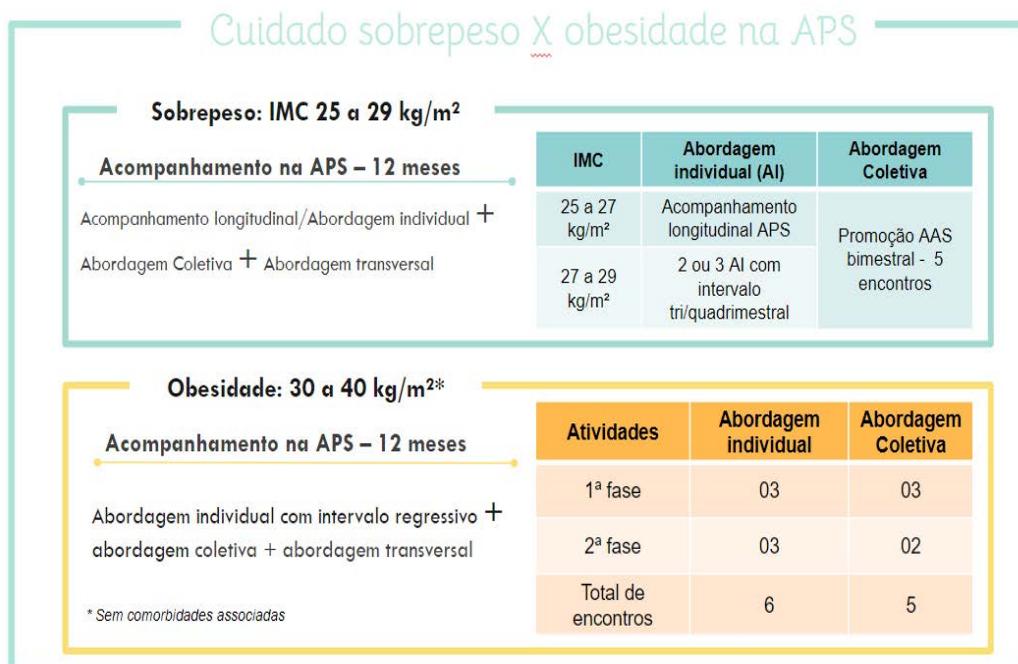
Para a execução das atividades coletivas, orienta-se concentrar atividades em grupo especificamente direcionadas para o cuidado de pessoas com obesidade, visando melhorar a qualidade de vida delas por meio da mudança de comportamento, adoção de alimentação adequada e saudável, prática de atividade física, 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. Recomenda-se, por exemplo, que as pesagens sejam realizadas em ambiente privado, durante as consultas individuais, por exemplo. Outra recomendação importante é que o grupo não seja identificado por nomes que remetam à perda de peso, medição da circunferência de cintura ou outras palavras que possam de alguma maneira estigmatizar ou constranger os participantes. Uma medida que pode ser realizada é sugerir que o grupo escolha um nome para se autodenominar, estimulando a criatividade e autoestima dos participantes.

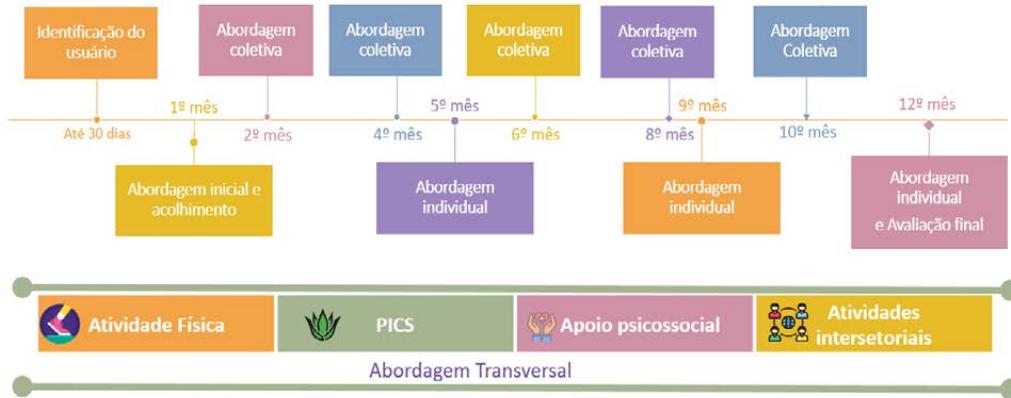
Em contexto de isolamento ou distanciamento social, em função da pandemia de covid-19, os gestores e equipes de saúde precisam avaliar os riscos e oportunidades na oferta de ações de caráter coletivo de maneira presencial. A prioridade deve ser a proteção dos indivíduos quanto à exposição ao coronavírus, especialmente por pessoas com sobrepeso e obesidade fazerem parte do grupo de risco para agravamento e mortalidade pela covid-19.

Deve-se registrar a abordagem coletiva na ficha de atividades coletivas do eSUS-AB.

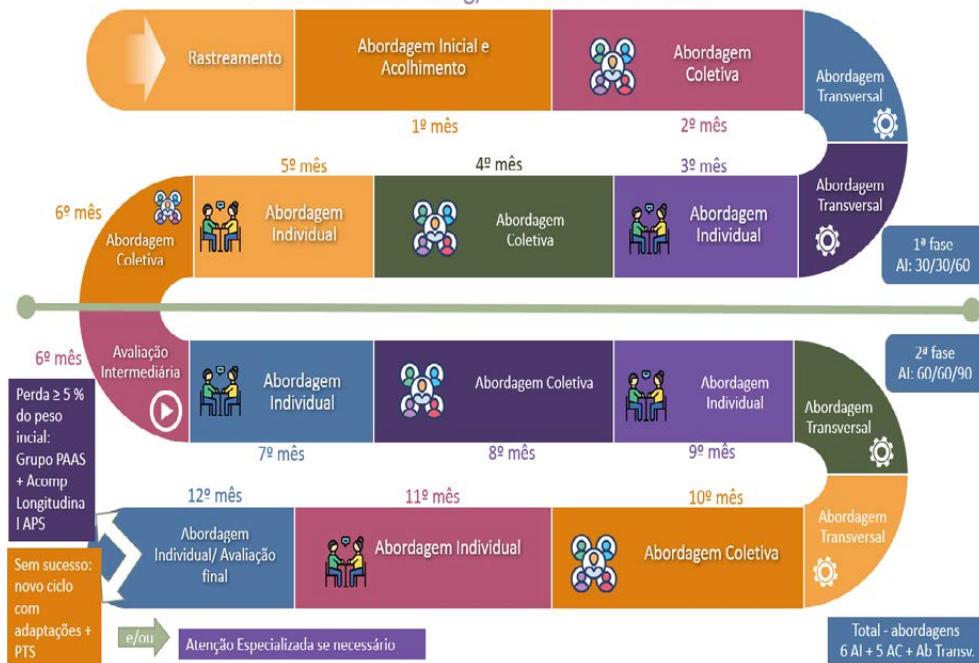
Um modelo que pode ser adotado ou adaptado pelas equipes na organização dos processos de trabalho para garantir a atenção adequada aos indivíduos com obesidade é o revezamento das abordagens coletiva e individual, como demonstrado a seguir:



Sobrepeso – IMC 27 a 29 kg/m²



Obesidade IMC > 30kg/m² sem comorbidades



Em seguida apresenta-se quadro contendo o resumo dos componentes do processo de cuidado e informações sintéticas para orientar gestores e profissionais. Os componentes descritos poderão ser realizados em sua totalidade em uma única unidade de saúde ou em diferentes serviços, a depender da organização da atenção à saúde no território.

| Processo de Cuidado | Objetivo | Ações (o que fazer) | Que profissionais? (quem faz) |
|---------------------------------|--|---|---|
| Identificação do usuário | Identificar os usuários com sobrepeso e obesidade no território | <p>Acesso do usuário: Demanda espontânea; Consultas programáticas; Busca ativa e acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa família;</p> <p>Atividades coletivas;</p> <p>Avaliação do estado nutricional de todos que entram em contato com o serviço;</p> <p>Registro no Sisab ou Sisvan</p> | <p>Enfermeiro</p> <p>Nutricionista</p> <p>Profissional de educação física</p> <p>Médico</p> <p>Técnico de enfermagem</p> <p>Agente comunitário de saúde</p> <p>Outros profissionais</p> |
| Abordagem inicial e Acolhimento | Avaliar o estado nutricional do usuário; fornecer informações sobre o Programa | <p>Solicitar permissão para discutir o peso e ofertar orientações</p> <p>1ª consulta com profissional nível superior</p> <p>Avaliação antropométrica, do estado nutricional e dos marcadores de consumo alimentar (Sisvan)</p> <p>Sensibilização do usuário</p> <p>Avaliar estágio de contemplação / mudança</p> <p>Avaliação do risco cardiovascular</p> <p>Intervenções breves</p> | <p>Enfermeiro</p> <p>Nutricionista</p> <p>Médico</p> |

| Processo de Cuidado | Objetivo | Ações (o que fazer) | Que profissionais? (quem faz) |
|-----------------------|--|---|---|
| Abordagem Individual | Realizar acompanhamento multiprofissional conforme demandas e necessidades individuais, de maneira sistemática | Avaliação do estado nutricional e dos marcadores de consumo alimentar (Sisvan) Manejo individual (PCDT) Definição do plano terapêutico / Estabelecimento de metas Cuidado compartilhado multiprofissional Registro de problema/ condição avaliada obesidade no Sisab | Médico/a Enfermeiro/a Nutricionista Psicólogo Profissional de educação física |
| Abordagem Transversal | Realizar acompanhamento complementar do usuário conforme necessidade | Aconselhamento sobre atividade e/ou prescrição de exercício físico Programa Academia da Saúde PICS Apoio psicossocial Abordagem familiar Atividades intersetoriais | Profissional de educação física Psicólogo Psiquiatra Fisioterapeuta Outros profissionais |
| Abordagem Coletiva | Realizar acompanhamento multiprofissional em grupos terapêuticos sistemáticos | Grupos de promoção da alimentação adequada e saudável Grupos estruturados para acompanhamento de pessoas com obesidade Registro de atividade coletiva no Sisab | Enfermeiro Nutricionista Médico Profissional de educação física Psicólogo Técnico de enfermagem Agente comunitário de saúde |

A importância do cuidado longitudinal e como apoiar a manutenção da perda de peso

O suporte profissional contínuo é imprescindível para a manutenção da perda de peso e para que a adesão ao novo estilo de vida seja facilitado, 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 efetivas¹²⁶.

Intervenções comportamentais são geralmente eficazes para reduzir de 8 a 10% do peso, sendo a perda máxima nos primeiros 6 meses. Após esse período, há uma tendência de recuperação de um terço à metade do peso no primeiro ano, principalmente na ausência da continuidade dos cuidados¹²⁷. Em média, o retorno ao peso basal ocorre entre 3 a 5 anos^{128, 129}.

O reganho de peso se relaciona à diminuição da adesão às orientações nutricionais, à prática de atividade física e aos mecanismos compensatórios endógenos^{130,131} que podem alterar a liberação de hormônios relacionados ao apetite e saciedade, o gasto energético de repouso e outros processos metabólicos e fisiológicos, além dos fatores psicológicos^{132, 133, 134}.

¹²⁶Varkevisser RDM, van Stralen MM, Kroeze W, Ket JCF, Steenhuis IHM. Determinants of weight loss maintenance: a systematic review. *Obes Rev*. 2019 Feb;20(2):171-211. doi: 10.1111/obr.12772

¹²⁷Ulen CG. Weight regain prevention. *Clin Diab* 2008; 26: 100.

¹²⁸Jeffery RW, Drewnowski A, Epstein LH, Stunkard AJ, Wilson GT, Wing RR, Hill DR. Long-term maintenance of weight loss: current status. *Health Psychol* 2000;19:5-16. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.19.Suppl1.5>

¹²⁹Nordmo M, Danielsen YS, Nordmo M. The challenge of keeping it off, a descriptive systematic review of high-quality, follow-up studies of obesity treatments. *Obes Rev*. 2020 Jan;21(1):e12949. doi: 10.1111/obr.12949.

¹³⁰MacLean PS, Higgins JA, Giles ED, Sherk VD, Jackman MR. The role for adipose tissue in weight regain after weight loss. *Obes Rev* 2015; 16: Suppl 1: 45-54.

¹³¹Sumithran P, Prendergast LA, Delbridge E, et al. Long-term persistence of hormonal adaptations to weight loss. *N Engl J Med* 2011; 365: 1597-604.

¹³²Leibel RL, Seeley RJ, Darsow T, Berg EG, Smith SR, Ratner R. Biologic responses to weight loss and weight regain: report from an American Diabetes Association research symposium. *Diabetes* 2015; 64: 2299-309.

¹³³Ochner CN, Tsai AG, Kushner RF, Wadden TA. Treating obesity seriously: when recommendations for lifestyle change confront biological adaptations. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2015; 3: 232-4

¹³⁴Sumithran P, Prendergast LA, Delbridge E, et al. Long-term persistence of hormonal adaptations to weight loss. *N Engl J Med* 2011; 365: 1597-604.

O peso corporal é fisiologicamente controlado, e, para evitar sua recuperação, faz-se necessário um esforço contínuo porque, mesmo com total comprometimento, questões físicas, psicológicas, sociais e ambientais que são inerentes à vida podem deixar ainda mais desafiadora a manutenção do peso¹³⁵. O ambiente, por exemplo, é um fator que favorece ou dificulta a conservação de hábitos saudáveis e interfere sobremaneira na manutenção do peso perdido¹³⁶. Os ambientes obesogênicos, portanto, são uma barreira¹³⁷, sendo imprescindível que políticas intersetoriais sejam adotadas para além das abordagens educacionais e comportamentais a fim de reverter o caráter obesogênico dos locais onde as pessoas vivem¹³⁸.

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 para além dele são de suma importância¹³⁹.

» **Encaminhamento para a Atenção Especializada**

É importante que as equipes de APS mantenham o contato com profissionais da Atenção Especializada, de forma a desempenhar seu papel de coordenadora do cuidado e ordenadora da Rede de Atenção à Saúde. Para tanto, é fundamental a implementação de mecanismos de gestão do cuidado nos municípios e regiões de Saúde, como bons sistemas de informação e de regulação, fóruns de discussão de casos e educação permanente dos profissionais.

Sugere-se que sejam encaminhados para acompanhamento na atenção especializada aqueles usuários com $IMC \geq 35 \text{ kg/m}^2$ com comorbidades descompensadas ou $IMC \geq 40 \text{ kg/m}^2$ que não tiveram sucesso em dois anos de acompanhamento na APS. Entende-se que não obtiveram sucesso no tratamento aqueles indivíduos que não tiveram redução de 5 a 10% do peso corporal ou melhora das comorbidades em dois anos de acompanhamento na APS.

¹³⁵ Heymsfield SB, Wadden TA. Mechanisms, Pathophysiology, and Management of Obesity. *N Engl J Med*. 2017 Apr 13;376(15):1492. doi: 10.1056/NEJMc1701944

¹³⁶ Elfhag K, Rössner S. Who succeeds in maintaining weight loss? A conceptual review of factors associated with weight loss maintenance and weight regain. *Obes Rev an official journal of the International Association for the Study of Obesity* 2005; 6: 67–85

¹³⁷ Varkevisser RDM, van Stralen MM, Kroeze W, Ket JCF, Steenhuis IHM. Determinants of weight loss maintenance: a systematic review. *Obes Rev*. 2019 Feb;20(2):171-211. doi: 10.1111/obr.12772

¹³⁸ Swinburn BA, Kraak VI, Allender S, Atkins VJ, Baker PI, Bogard JR, et al. The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report. *Lancet*. 2019; 393(10173): 791-846

¹³⁹ Nordmo M, Danielsen YS, Nordmo M. The challenge of keeping it off, a descriptive systematic review of high-quality, follow-up studies of obesity treatments. *Obes Rev*. 2020 Jan;21(1):e12949. doi: 10.1111/obr.12949.

4.6. Monitoramento e avaliação

O processo de monitoramento e avaliação da atenção aos indivíduos com sobrepeso e obesidade é essencial para verificar o desempenho na oferta de ações e realizar ajustes necessários na organização do processo de trabalho das equipes. Tanto o monitoramento quanto a avaliação envolvem atividades que devem ser contínuas e integradas, que permitam comparar o resultado obtido e o previsto e que possibilitem tomar decisões sobre medidas corretivas que reduzam falhas e fortaleçam a resolutividade das ações¹⁴⁰.

Os indicadores possibilitam acompanhar o andamento bem como medir o cumprimento dos objetivos de uma política ou programa. Eles se referem à quantidade, à qualidade, ao cronograma e aos custos observados comparativamente e, ainda, indicam os dados que devem ser coletados para que se possa acompanhar a implementação e a avaliação sobre a obtenção ou não dos resultados esperados. Embora os indicadores disponíveis nem sempre representem fidedignamente a situação a ser acompanhada, entende-se que são uma aproximação ao fenômeno discutido¹⁴¹ e facilitam a avaliação de atividades e programas.

Para monitoramento da atenção ofertada aos indivíduos com obesidade, sugere-se o acompanhamento dos seguintes **indicadores**:

¹⁴⁰Casa Civil da Presidência da República, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Avaliação de políticas públicas : guia prático de análise ex ante, volume 1. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), editor. 2018. 192 p.

¹⁴¹Casa Civil da Presidência da República, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Avaliação de políticas públicas : guia prático de análise ex ante, volume 1. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), editor. 2018. 192 p.

| Indicador | Meta | Fórmula de cálculo | Como registrar | fonte |
|---|---|---|---|--------|
| Cobertura de acompanhamento do estado nutricional | * Aumentar em 0,5% a cobertura de acompanhamento do estado nutricional anualmente | <p><u>Número de pessoas com registro de peso e estatura X 100/Número de pessoas residentes</u></p> <p>Observações:</p> <p>Numerador: considerar o número total de pessoas avaliadas, com registro de peso e altura válidos, segundo faixa etária ou evento de vida, no lugar e período considerado a ser obtido nos relatórios públicos de estado nutricional do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan), disponíveis em http://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/index.</p> <p>Denominador: considerar as estimativas populacionais de 2012 enviadas para o TCU, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SGEP/DATASUS, disponíveis em http://datasus.saude.gov.br/populacao-residente/.</p> | <p>O registro de peso e altura podem ser feitos em diferentes sistemas da APS: diretamente pelo Sisvan, pelo Sistema de Gestão das Condicionais da Saúde do Programa Bolsa Família (PBF) e pelo Sistema de Informação para a Atenção Básica (Sisab) por meio das fichas: a) Fichas de Cadastro Domiciliar e Individual; b) Ficha de Atendimento Individual; c) Ficha de Atividade Coletiva; e d) Ficha de Visita Domiciliar e Territorial.</p> <p>Para municípios que fazem uso de sistema próprio, recomenda-se seguir o modelo de integração adotado para o e-SUS AB, e a partir disso, os dados serão incorporados para o Sisvan conforme os fluxos de integração já existentes.</p> | Sisvan |
| Proporção de atendimentos individuais por problema ou condição avaliada obesidade | *Aumento do número de consultas individuais com condição avaliada obesidade | Número de atendimentos individuais por problema/condição avaliada obesidade | Registrar, na ficha de acompanhamento individual do eSUS-AB, no campo "Problema/condição avaliada", a condição de obesidade, em todos os atendimentos individuais, seja realizada pela equipe mínima ou por diferentes categorias profissionais. | Sisab |

A avaliação dos indicadores deve ser realizada com base no registro das informações no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab) e no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan).

O Sisab permite obter informações da situação sanitária e de saúde da população do território por meio de relatórios de saúde, com base no registro dos profissionais de saúde na ficha de Coleta de Dados Simplificado (CDS), no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) e em Aplicativos (App) para dispositivos móveis, como o app AD (Atenção Domiciliar). É importante destacar que os usuários podem ter mais de uma condição avaliada por atendimento.

O monitoramento de indicadores, no que se refere à atenção ofertada aos indivíduos com obesidade, pode subsidiar a priorização da agenda e a organização do processo de trabalho e do cuidado junto às equipes de atenção primária.

5.1 Materiais de apoio

- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação N° 3, Anexo IV - Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, Capítulo II - Das diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade no âmbito da rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/Matriz-3-Redes.html>
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação N° 3, Anexo IV - Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, Capítulo II. Seção I. Do regulamento técnico, normas e critérios para o serviço de assistência de alta complexidade ao indivíduo com obesidade. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/Matriz-3-Redes.html>
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição. Organização da Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas: manual instrutivo. Brasília/DF, 2014. http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual_instrutivo_linha_cuidado_obesidade.pdf
- Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf
- Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/marcadores_consumo_alimentar_atencao_basica.pdf

- Marco de Referência da Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Básica http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/marco_referencia_vigilancia_alimentar.pdf
- Guia Alimentar para a População Brasileira https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf
- Manual instrutivo: implementando o guia alimentar para a população brasileira em equipes que atuam na Atenção Primária à Saúde http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_instrutivo_guia_alimentar_pop_brasileira.pdf
- Guia Alimentar para a População Brasileira: Guia de Bolso <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guiadebolso2018.pdf>
- Autoavaliação do consumo alimentar: Teste “Como está sua alimentação?” http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guiadebolso_folder.pdf
- Desmistificando dúvidas sobre alimentação e nutrição - material de apoio para profissionais de saúde http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desmistificando_duvidas_sobre_alimenta%C3%A7%C3%A3o_nutricao.pdf
- Protocolos de uso do Guia Alimentar para a População Brasileira Fascículo 1 Protocolos de uso do guia alimentar para a população brasileira na orientação alimentar: bases teóricas e metodológicas e protocolo para a população adulta: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_guia_alimentar_fasciculo1.pdf
- Fascículo 2 Protocolos de uso do Guia Alimentar para a população brasileira na orientação alimentar da população idosa: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_guia_alimentar_fasciculo2.pdf
- Alimentação Cardioprotetora: Manual de orientações para profissionais de Saúde da Atenção Básica http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/alimentacao_cardioprotetora_orien_pro_saude_ab.pdf
- Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Sobrepeso e Obesidade em Adultos http://conitec.gov.br/images/Protocolos/20201113_PCDT_Sobrepeso_e_Obesidade_em_Adultos_29_10_2020_Final.pdf
- CAB 38: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica : obesidade http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf

- CAB 35: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf
- Manual - como organizar o cuidado de pessoas com doenças crônicas na APS no contexto da pandemia https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2020/novembro/03/manual_como_organizar_o_cuidado_de_pessoas_com_doencas_cronicas_na_aps_no_contexto_da_pandemia.pdf
- Instrutivo: metodologia de trabalho em grupos para ações de alimentação e nutrição na atenção básica. http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/instrutivo_metodologia_trabalho_nutricao_ab.pdf
- Na cozinha com frutas, verduras e legumes https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cozinha_frutas_legumes_verduras.pdf
- Alimentos regionais brasileiros https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/alimentos_regionais_brasileiros_2ed.pdf
- Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>
- Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html
- Os documentos abaixo têm como objetivo apoiar os gestores na implementação de políticas e ações de promoção da alimentação adequada e saudável no território:
- Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade: Promovendo Modos de Vida e Alimentação Adequada e Saudável para a População Brasileira. http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/estrat_prev_contobesidade.pdf
- Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade: Recomendações para Estados e Municípios https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/seguranca_alimentar/estrategia_prevencao_obesidade.pdf
- Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas http://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/seguranca_alimentar/caisan/Publicacao/Educacao_Alimentar_Nutricional/1_marcoEAN.pdf

Recursos adicionais:

- A Plataforma Ares - Acervo de Recursos Educacionais em Saúde, disponibilizada pela UNASUS no endereço <https://ares.unasus.gov.br/acervo/>, dispõe de inúmeros relatos de experiências desenvolvidas em todo o País relacionadas às mais diversas áreas temáticas, incluindo promoção da saúde e alimentação e nutrição. Essas experiências podem servir de inspiração para a implementação de ações relacionadas à prevenção do sobrepeso e obesidade e promoção da alimentação adequada e saudável e da atividade física no âmbito da Atenção Primária à Saúde.
- Outras experiências também estão disponíveis no livro Perspectivas e desafios no cuidado às pessoas com obesidade no SUS: resultados do Laboratório de Inovação no manejo da obesidade nas Redes de Atenção à Saúde, publicado pelo Ministério da Saúde em parceria com a Organização Pan-americana de Saúde em 2014 e disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/7681/9788533422025_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y

5.2 Evidências científicas relacionadas à obesidade

| O que dizem as evidências sobre comorbidades relacionadas à obesidade? | |
|--|--|
| Doenças cardiovasculares | Aumentam o risco de hipertensão arterial sistêmica, acidente vascular cerebral, aneurisma, infarto agudo do miocárdio, doença renal, pré-eclâmpsia ¹⁴² |
| Diabetes | Aumenta o risco de diabetes, acidente vascular cerebral, doença renal, diabetes gestacional, amputação, perda da visão ¹⁴³ |
| Câncer | <ul style="list-style-type: none"> • 13 em cada 100 casos de câncer são associados ao excesso de peso e um em cada três casos de câncer podem ser prevenidos com alimentação saudável, atividade física e peso adequado¹⁴⁴; • Principais tipos de câncer associados à obesidade¹⁴⁵: <ul style="list-style-type: none"> • Mulheres: mama, útero, cólon • Homens: cólon, próstata, fígado |
| Distúrbios Metabólicos | Aproximadamente 60% das pessoas com obesidade têm síndrome metabólica ¹⁴⁶ |
| Doenças respiratórias | Maior mortalidade por H1N1 ^{147,148} ; alto risco de complicações graves da covid-19 ^{149,150,151,152,153} ; incidência de asma 1,47 vezes maior, apneia obstrutiva crônica, maior prevalência de doença pulmonar obstrutiva crônica ¹⁵⁴ . |

¹⁴² Shekar M, Popkin B. Obesity Health and Economic Consequences of an Impending Global Challenge. Human Development Perspectives series. Washington, DC; 2020

¹⁴³ Shekar M, Popkin B. Obesity Health and Economic Consequences of an Impending Global Challenge. Human Development Perspectives series. Washington, DC; 2020

¹⁴⁴ Fiolet T, Srour B, Sellem L, Kesse-Guyot E, Allès B, Méjean C, et al. Consumption of ultra-processed foods and cancer risk: Results from NutriNet-Santé prospective cohort. *BMJ*. 2018 Feb 14;360

¹⁴⁵ Rezende LFM de, Arnold M, Rabacow FM, Levy RB, Claro RM, Giovannucci E, et al. The increasing burden of cancer attributable to high body mass index in Brazil. *Cancer Epidemiol* [Internet]. 2018 Jun 1 [cited 2020 Feb 3];54:63–70. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29604601>

¹⁴⁶ Mafort TT, Rufino R, Costa CH, Lopes AJ. Obesity: Systemic and pulmonary complications, biochemical abnormalities, and impairment of lung function. Vol. 11, *Multidisciplinary Respiratory Medicine*. BioMed Central Ltd.; 2016. p. 1–11.

¹⁴⁷ De Oliveira ML, Santos LMP, Silvada EN. Direct healthcare cost of obesity in Brazil: An application of the cost-of-illness method from the perspective of the public health system in 2011. Vol. 10, *PLoS ONE*. Public Library of Science; 2015.

¹⁴⁸ Amiri S, Behnezhad S. Obesity and anxiety symptoms: a systematic review and meta-analysis. *Neuropsychiatry* [Internet]. 2019 Jun 1 [cited 2020 Mar 31];33(2):72–89. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30778841>

¹⁴⁹ European Centre for Disease Prevention and Control. Coronavirus disease 2019 (covid-19) in the EU/EEA and the UK – eighth update [Internet]. 2020. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/covid-19-rapid-risk-assessment-coronavirus-disease-2019-eighth-update-8-april-2020.pdf>

¹⁵⁰ Center for Disease Control and Prevention. Coronavirus Disease 2019 (covid-19). Information for Healthcare Professionals: covid-19 and Underlying Conditions. Groups at Higher Risk for Severe Illness. High-Risk Conditions. [Internet]. 2020 [cited 2020 Apr 9]. Available from: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/underlying-conditions.html>

¹⁵¹ Ryan DH, Ravussin E, Heymsfield S. covid 19 and the Patient with Obesity - The Editors Speak Out. *Obesity* [Internet]. 2020 Apr 1 [cited 2020 Apr 8]; Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/oby.22808>

¹⁵² Luzi L, Radaelli MG. Influenza and obesity: its odd relationship and the lessons for covid-19 pandemic. *Acta Diabetol* [Internet]. 2020 Apr 5 [cited 2020 Apr 8];1–6. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s00592-020-01522-8>

¹⁵³ CDC. Information for Healthcare Professionals: covid-19 and Underlying Conditions | CDC [Internet]. 2020. [cited 2020 Apr 9]. Available from: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/underlying-conditions.html>

¹⁵⁴ Mafort TT, Rufino R, Costa CH, Lopes AJ. Obesity: Systemic and pulmonary complications, biochemical abnormalities, and impairment of lung function. Vol. 11, *Multidisciplinary Respiratory Medicine*. BioMed Central Ltd.; 2016. p. 1–11

| | |
|-----------------------|---|
| <p>Outros fatores</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Doença do refluxo gastroesofágico, colelitíase e esteatose hepática, aumento da prevalência de osteoartrite, infertilidade feminina, síndrome dos ovários policísticos e disfunção erétil, Mulheres com obesidade têm maior prevalência de depressão, menorragia, amenorreia e incontinência urinária, maior risco de complicações maternas e de desfechos fetais adversos, redução da qualidade de vida, depressão, ansiedade e baixa autoestima^{155,156,157}. • A ansiedade ocorre com mais frequência em pessoas com obesidade ou sobrepeso em comparação com pessoas com peso normal¹⁵⁸ e o estigma do peso está muitas vezes associado ao sofrimento psicológico¹⁵⁹ • Meta-análises demonstraram que indivíduos com obesidade apresentaram maiores escores de alexitimia (de identificar e descrever verbalmente emoções e sentimentos), quando comparados aos grupos controle. Pacientes com obesidade, especialmente aqueles com transtorno da compulsão alimentar, relataram níveis mais baixos de consciência emocional e dificuldade no uso de estratégias de regulação emocional¹⁶⁰. |
|-----------------------|---|

O que dizem as evidências sobre tratamento da obesidade/ perda de peso?

Achados na literatura definem que se aceita como perda de peso prolongada a manutenção de perda de 5 a 10% do peso original por um ou mais anos. Estudos indicam que a perda de peso está associada a melhoras nos principais fatores de risco e nas comorbidades, conforme demonstram os resultados abaixo^{161,162}.

¹⁵⁵ Mafort TT, Rufino R, Costa CH, Lopes AJ. Obesity: Systemic and pulmonary complications, biochemical abnormalities, and impairment of lung function. Vol. 11, Multidisciplinary Respiratory Medicine. BioMed Central Ltd.; 2016. p. 1–11

¹⁵⁶ De Oliveira ML, Santos LMP, Silvada EN. Direct healthcare cost of obesity in brazil: An application of the cost-of-illness method from the perspective of the public health system in 2011. Vol. 10, PLoS ONE. Public Library of Science; 2015.

¹⁵⁷ OECD. The Heavy Burden of Obesity: The Economics of Prevention [Internet]. Paris; 2019 [cited 2020 Mar 17]. Available from: <https://doi.org/10.1787/67450d67-en>

¹⁵⁸ Amiri S, Behnezhad S. Obesity and anxiety symptoms: a systematic review and meta-analysis. *Neuropsychiatry* [Internet]. 2019 Jun 1 [cited 2020 Mar 31];33(2):72–89. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30778841>

¹⁵⁹ Alimoradi Z, Golboni F, Griffiths MD, Broström A, Lin CY, Pakpour AH. Weight-related stigma and psychological distress: A systematic review and meta-analysis [Internet]. *Clinical Nutrition*. Churchill Livingstone; 2019 [cited 2020 Mar 31]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31732288>

¹⁶⁰ Fernandes J, Ferreira-Santos F, Miller K, Torres S. Emotional processing in obesity: a systematic review and exploratory meta-analysis. *Obes Rev* [Internet]. 2018 Jan 1 [cited 2020 Apr 1];19(1):111–20. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/obr.12607>

¹⁶¹ Lopes MS, Freitas PP, Carvalho MC, Ferreira NL, Menezes MC, Lopes AC. Is obesity care adequate in Brazil?. NO PRELO

¹⁶² Kahan SI. Practical Strategies for Engaging Individuals With Obesity in Primary Care. *Mayo Clin Proc* [Internet]. 2018;93(3):351–9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2018.01.006>

- Redução de 5mmHg na pressão diastólica e redução de 5mmHg na pressão sistólica¹⁶³;
- Redução de risco cardiovascular^{164,165,166};
- Redução do risco de desenvolver diabetes tipo 2 de 30 a 60%^{167,168};
- Redução da HbA1c de 0.6 a 1.0% e necessidade reduzida de medicação para diabetes^{169,170};
- Redução de 38% na incidência de diabetes tipo 2 em pessoas com pré-diabetes¹⁷¹;
- Foram encontradas associações positivas entre perda de peso e 10 tipos de câncer: próstata, colorretal, pulmão, gastroesofágico, pancreático, linfoma não Hodgkin, ovário, mieloma, trato renal e árvore biliar¹⁷².
- Redução de aproximadamente 5 mg/dL no LDL-C¹⁷³;
- Aumento de 5mg/dL no colesterol HDL e redução de 40mg/dL nos triglicerídeos^{174,175}.
- Melhorias significativas nos componentes da síndrome metabólica: circunferência da cintura, pressão arterial sistólica, pressão arterial diastólica, triglicerídeos e glicemia de jejum¹⁷⁶.
- A perda de peso melhora significativamente a função pulmonar, a força muscular respiratória e a dispneia, e aumenta a oxigenação do sangue¹⁷⁷;
- Melhora dos sintomas, diminuição do uso de medicamentos, aumento da eficácia da terapia medicamentosa e redução do risco de exacerbação e taxa de internação hospitalar por asma¹⁷⁸;

¹⁶³Wing RR, Lang W, Wadden TA, Safford M, Knowler WC, Bertoni AG, et al. Benefits of modest weight loss in improving cardiovascular risk factors in overweight and obese individuals with type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2011;34(7):1481–6

¹⁶⁴Naslund JA, Aschbrenner KA, Scherer EA, Pratt SI, Wolfe RS, Bartels SJ. Lifestyle Intervention for People with Severe Obesity and Serious Mental Illness. *Am J Prev Med*. 2016 Feb 1;50(2):145–53

¹⁶⁵Erlandson M, Ivey L, Seikel K. Update on Office-Based Strategies for the Management of Obesity - American Family Physician. *Am Fam Physician* [Internet]. 2016;94(5):361–8. Available from: <http://www.aafp.org/afp/2016/0901/p361.html>

¹⁶⁶Zomer E, Gurusamy K, Leach R, Trimmer C, Lobstein T, Morris S, et al. Interventions that cause weight loss and the impact on cardiovascular risk factors: a systematic review and meta-analysis [Internet]. *Obesity Reviews* Blackwell Publishing Ltd; Oct 1, 2016 p. 1001–11. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/obr.12433>

¹⁶⁷Care PH, Brauer P. Recommendations for prevention of weight gain and use of behavioural and pharmacologic interventions to manage overweight and obesity in adults in primary care. 2015;187(3).

¹⁶⁸American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Expert panel report: Guidelines (2013) for the management of overweight and obesity in adults. Vol. 22, *Obesity*. Blackwell Publishing Inc.; 2014.

¹⁶⁹Wing RR, Lang W, Wadden TA, Safford M, Knowler WC, Bertoni AG, et al. Benefits of modest weight loss in improving cardiovascular risk factors in overweight and obese individuals with type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2011;34(7):1481–6

¹⁷⁰American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Expert panel report: Guidelines (2013) for the management of overweight and obesity in adults. Vol. 22, *Obesity*. Blackwell Publishing Inc.; 2014

¹⁷¹Peirson L, Douketis J, Ciliska D, Fitzpatrick-Lewis D, Ali MU, Raina P. Treatment for overweight and obesity in adult populations: a systematic review and meta-analysis. *C Open*. 2014;2(4):E306–17

¹⁷²Nicholson BD, Hamilton W, O'Sullivan J, Aveyard P, Hobbs FDR. Weight loss as a predictor of cancer in primary care: A systematic review and meta-analysis. Vol. 68, *British Journal of General Practice*. Royal College of General Practitioners; 2018. p. e311–22.

¹⁷³American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Expert panel report: Guidelines (2013) for the management of overweight and obesity in adults. Vol. 22, *Obesity*. Blackwell Publishing Inc.; 2014.

¹⁷⁴Wing RR, Lang W, Wadden TA, Safford M, Knowler WC, Bertoni AG, et al. Benefits of modest weight loss in improving cardiovascular risk factors in overweight and obese individuals with type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2011;34(7):1481–6.

¹⁷⁵American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Expert panel report: Guidelines (2013) for the management of overweight and obesity in adults. Vol. 22, *Obesity*. Blackwell Publishing Inc.; 2014

¹⁷⁶van Namen M, Prendergast L, Peiris C. Supervised lifestyle intervention for people with metabolic syndrome improves outcomes and reduces individual risk factors of metabolic syndrome: A systematic review and meta-analysis. Vol. 101, *Metabolism: Clinical and Experimental*. W.B. Saunders; 2019

¹⁷⁷Mafor TT, Rufino R, Costa CH, Lopes AJ. Obesity: Systemic and pulmonary complications, biochemical abnormalities, and impairment of lung function. Vol. 11, *Multidisciplinary Respiratory Medicine*. BioMed Central Ltd.; 2016. p. 1–11

¹⁷⁸Kahan SI. Practical Strategies for Engaging Individuals With Obesity in Primary Care. *Mayo Clin Proc* [Internet]. 2018;93(3):351–9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2018.01.006>

O que dizem as evidências sobre aconselhamento por profissionais de saúde?

- Uma meta-análise de 2013, que incluiu 32 estudos sobre o impacto do aconselhamento para perda de peso realizado por profissionais de saúde em mudanças reais no comportamento dos pacientes, apontou que a probabilidade de tentativa de perda de peso é quase quatro vezes maior quando o profissional de saúde oferta aconselhamento para perda de peso¹⁷⁹
- Intervenções educacionais por clínicos gerais que receberam capacitação sobre o tema resultam em maior perda de peso¹⁸⁰
- Um estudo conduzido em 2010 observou que pacientes que receberam aconselhamento tinham 30% a mais de chance de se sentirem motivados a perder peso¹⁸¹
- Um estudo de 2014 observou que a implementação da estratégia 5As na APS dobrou as iniciativas de manejo da obesidade, em comparação a serviços que não ofereciam a estratégia, e resultou em mudanças comportamentais positivas nos pacientes¹⁸²
- Um estudo randomizado de 2013 com residentes de medicina que tiveram treinamento na estratégia 5As via currículo de aconselhamento para obesidade versus aqueles que receberam currículo comum reportou que os pacientes acompanhados com os residentes treinados na 5As tiveram uma perda mais significativa de peso no curso de 12 meses quando comparados com pacientes dos residentes do grupo-controle, que ganharam peso¹⁸³.

¹⁷⁹Flodgren G, Gonçalves-Bradley DC, Summerbell CD, Gonçalves-Bradley DC, Summerbell CD. Interventions to change the behaviour of health professionals and the organisation of care to promote weight reduction in children and adults with overweight or obesity. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2017 Nov 30 [cited 2019 Dec 5];11(11):CD000984. Available from: <http://www.epistemonikos.org/documents/46d176dded25014ad3ebe92f8aaff5f1489ccbce>

¹⁸⁰Kahan SI. Practical Strategies for Engaging Individuals With Obesity in Primary Care. *Mayo Clin Proc* [Internet]. 2018;93(3):351–9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2018.01.006>

¹⁸¹Wadden TA, Volger S, Tsai AG, Sarwer DB, Berkowitz RI, Diewald LK, et al. Managing obesity in primary care practice: An overview with perspective from the POWER-UP study. *Int J Obes*. 2013 Aug 1;37(0 1):S3–11.

¹⁸²B.M. K, K.B. K, D.F. S, P.T. K. Perceptions of obesity treatment options among healthcare providers and low-income primary care patients. *Ochsner J* [Internet]. 2016;16(2):158–65. Available from: <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L611101709>

¹⁸³Turer CB. Tools for successful weight management in primary care. *Am J Med Sci*. 2015;350(6):485–

- Resultam em maior perda de peso: intervenções educacionais por clínicos gerais que receberam capacitação sobre o tema¹⁹⁷; quando há maior contato do usuário com o profissional de saúde^{198,199}; intervenções intensas, incluindo restrição energética, atividade física regular e contato frequente com profissionais de saúde²⁰¹; intervenções baseadas em estilo de vida oferecidas por profissionais de saúde da APS²⁰²
- Reganho de peso é menor em usuários que recebem intervenção para perda de peso²⁰³;
- Participação em intervenções: induziu uma perda de peso inicial de 5,1% em seis meses em aproximadamente 50% dos participantes de ‘encontros breves’²⁰⁴; os participantes das intervenções para perda de peso tiveram redução de 3kg ou mais de peso, 2,78cm de circunferência abdominal, redução de 1,11kg/m² ou mais no IMC e têm provavelmente mais chance de perder peso maior ou igual a 5kg e maior ou igual a 10kg, quando comparados com pessoas que não participaram das intervenções²⁰⁵; indivíduos aconselhados perderam duas vezes mais peso no decorrer de um ano e tinham mais que o dobro de probabilidade de perder pelo menos 5% a 10% do peso inicial²⁰⁶;
- A acupuntura e sua combinação com terapias relacionadas, como auriculoterapia, são efetivas para redução de peso, IMC, redução da circunferência da cintura, do percentual de gordura corporal, colesterol total e triglicérides^{207,208,209,210,221,212,213,214}.

¹⁹⁷Tsai AG, Remmert JE, Wadden TA. Treatment of Obesity in Primary Care. 2018;102:80205.

¹⁹⁸Peirson L, Douketis J, Ciliska D, Fitzpatrick-Lewis D, Ali MU, Raina P. Treatment for overweight and obesity in adult populations: a systematic review and meta-analysis. *C Open*. 2014;2(4):E306–17

¹⁹⁹Kahan SI. Practical Strategies for Engaging Individuals With Obesity in Primary Care. *Mayo Clin Proc [Internet]*. 2018;93(3):351–9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2018.01.006>

²⁰⁰Zhong YM, Luo XC, Chen Y, Lai DL, Lu WT, Shang YN, et al. Acupuncture versus sham acupuncture for simple obesity: A systematic review and meta-analysis. Vol. 96, *Postgraduate Medical Journal*. BMJ Publishing Group; 2020. p. 221–7

²⁰¹Zhang K, Zhou S, Wang C, Xu H, Zhang L. Acupuncture on Obesity: Clinical Evidence and Possible Neuroendocrine Mechanisms. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2018;2018

²⁰²Cho SH, Lee JS, Thabane L, Lee JS. Acupuncture for obesity: A systematic review and meta-analysis. Vol. 33, *International Journal of Obesity*. Nature Publishing Group; 2009. p. 183–96

²⁰³Fang S, Wang M, Zheng Y, Zhou S, Ji G. Acupuncture and Lifestyle Modification Treatment for Obesity: A Meta-Analysis. *Am J Chin Med [Internet]*. 2017 Jan 19 [cited 2020 Apr 3];45(02):239–54. Available from: <https://www.worldscientific.com/doi/abs/10.1142/S0192415X1750015X>

²⁰⁴Yao J, He Z, Chen Y, Xu M, Shi Y, Zhang L, et al. Acupuncture and weight loss in Asians. *Medicine (Baltimore) [Internet]*. 2019 Aug 1 [cited 2020 Apr 3];98(33):e16815. Available from: <http://journals.lww.com/00005792-201908160-00051>

²⁰⁵Zhang Y, Li J, Mo G, Liu J, Yang H, Chen X, et al. Acupuncture and Related Therapies for Obesity: A Network Meta-Analysis [Internet]. 2018. Available from: <https://doi.org/10.1155/2018/9569685>

²⁰⁶Kim S-YY, Shin I-SS, Park Y-JJ. Effect of acupuncture and intervention types on weight loss: a systematic review and meta-analysis. *Obes Rev [Internet]*. 2018 Nov 1 [cited 2020 Apr 3];19(11):1585–96. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/obr.12747>

²⁰⁷Ruan Z, Xiang Y, Li J, Zhou X, Huang Z, Dong C. Auricular acupuncture for obesity: a systematic review and meta-analysis. *Int J Clin Exp Med [Internet]*. 2016 [cited 2020 Apr 3];9(2):1772–9. Available from: www.ijcem.com/

²⁰⁸Mitchell LJ, Ball LE, Ross LJ, Barnes KA, Williams LT. Effectiveness of Dietetic Consultations in Primary Health Care: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *J Acad Nutr Diet*. 2017 Dec 1;117(12):1941–62

²⁰⁹B.M. K, K.B. K, D.F. S, P.T. K. Perceptions of obesity treatment options among healthcare providers and low-income primary care patients. *Ochsner J [Internet]*. 2016;16(2):158–65. Available from: <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L611101709>

²¹⁰Williams L, Barnes K, Ball L, Ross L, Sladdin I, Mitchell L. How Effective Are Dietitians in Weight Management? A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Healthcare*. 2019 Feb 1;7(1):20

²¹¹Sun Y, You W, Almeida F, Estabrooks P, Davy B. The Effectiveness and Cost of Lifestyle Interventions Including Nutrition Education for Diabetes Prevention: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Acad Nutr Diet*. 2017 Mar

²¹²Hartmann-Boyce J, Johns DJ, Jebb SA, Aveyard P, Ogdan J, Onakpoya I, et al. Effect of behavioural techniques and delivery mode on effectiveness of weight management: Systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Obes Rev*. 2014;15(7):598–609.

²¹³Sun Y, You W, Almeida F, Estabrooks P, Davy B. The Effectiveness and Cost of Lifestyle Interventions Including Nutrition Education for Diabetes Prevention: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Acad Nutr Diet*. 2017 Mar 1;117(3):404–421.e36.

²¹⁴Howatson A, Wall CR, Turner-Benny P. The contribution of dietitians to the primary health care workforce. *J Prim Health Care [Internet]*. 2015 Dec 1 [cited 2020 Mar 31];7(4):324–32. Available from: <http://www.epistemonikos.org/documents/2a4b7cc0184d991327b7100ce80e6eb56d36410c>

Evidências equipe multiprofissional

Nutricionistas

- Consultas com nutricionistas na APS: são efetivas para melhora da qualidade da dieta, controle glicêmico, perda de peso (mudança em peso e circunferência abdominal), melhora no colesterol e triglicerídeos, interrupção/redução do ganho de peso excessivo na gravidez²¹⁵;
- Pesquisas demonstraram que a consulta com nutricionista é um dos cuidados mais úteis disponíveis na prática clínica para as ações relacionadas ao peso corporal²¹⁶;
- Grupos que receberam a intervenção da nutricionista perderam 1,03 kg de peso adicional e 0,43 kg/m² de IMC do que aqueles que receberam os cuidados usuais²¹⁷;
- Análise revelou uma perda de peso relativamente maior nas intervenções realizadas por nutricionistas do que naquelas realizadas por não nutricionistas^{218,219};
- Atendimento por nutricionistas na atenção primária à saúde também pode ter benefícios econômicos significativos^{220,221};
- Entre as vantagens do envolvimento dos nutricionistas na APS estão: melhor relacionamento e comunicação com a equipe, maior número de encaminhamentos apropriados, maior apoio para temas fora de seu escopo de prática, trabalho de forma mais colaborativa com outros membros da equipe e a possibilidade de capacitar toda a equipe para fornecer cuidados nutricionais²²²;
- A intervenção por nutricionista, por meio de restrição energética, mudança na dieta, exercício e modificação de comportamento, foi comprovadamente mais benéfica do que visitas ao serviço de saúde sem a participação da nutricionista na promoção da perda de peso²²³;
- Dietas para redução de peso, geralmente com pouca gordura e gordura saturada, com ou sem aconselhamento ou programas de exercícios, podem reduzir a mortalidade prematura por todas as causas em adultos com obesidade²²⁴;
- É recomendado que os programas de manutenção de perda de peso se concentrem em mudar o comportamento para reduzir a ingestão de energia por meio do corte de alimentos não saudáveis, diminuindo o consumo de bebidas adoçadas com açúcar e a ingestão de gordura, controle de porções, aumento da ingestão de frutas e vegetais e adesão à dieta²²⁵;

²¹⁵Beckingsale L, Fairbairn K, Morris C. Integrating dietitians into primary health care: Benefits for patients, dietitians and the general practice team. *J Prim Health Care*. 2016 Dec 1;8(4):372–80

²¹⁶Govers E, Seidell JC, Visser M, Brouwer IA. Weight related health status of patients treated by dietitians in primary care practice: First results of a cohort study. *BMC Fam Pract* [Internet]. 2014 Sep 25 [cited 2020 Apr 1];15(1):161. Available from: <https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2296-15-161>

²¹⁷Ma C, Avenell A, Bolland M, Hudson J, Stewart F, Robertson C, et al. Effects of weight loss interventions for adults who are obese on mortality, cardiovascular disease, and cancer: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2017 Nov 14;359:j4849

²¹⁸Varkevisser RDM, van Stralen MM, Kroeze W, Ket JCF, Steenhuis IHM. Determinants of weight loss maintenance: a systematic review. Vol. 20, *Obesity Reviews*. Blackwell Publishing Ltd; 2019. p. 171–211

²¹⁹de Menezes MC, Duarte CK, Costa DV de P, Lopes MS, de Freitas PP, Campos SF, et al. A systematic review of effects, potentialities, and limitations of nutritional interventions aimed at managing obesity in primary and secondary health care. *Nutrition*. 2020 Mar 1;75–76:110784.

²²⁰Varkevisser RDM, van Stralen MM, Kroeze W, Ket JCF, Steenhuis IHM. Determinants of weight loss maintenance: a systematic review. Vol. 20, *Obesity Reviews*. Blackwell Publishing Ltd; 2019. p. 171–211

²²¹Ferrari GD, Azevedo M, Medeiros L, Neufeld CB, Ribeiro RPP, Rangé BP, et al. A multidisciplinary weight-loss program: The importance of psychological group therapy. *Motriz Rev Educ Fis*. 2017 Jan 1;23(1):47–52

²²²Burlandy L, Teixeira MRM, Castro LMC, Cruz MCC, Santos CRB, Souza SR de, et al. Modelos de assistência ao indivíduo com obesidade na atenção básica em saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2020;36(3):e00093419

²²³Silva DFO, Sena-Evangelista KCM, Lyra CO, Pedrosa LFC, Arrais RF, Lima SCVC. Motivations for weight loss in adolescents with overweight and obesity: A systematic review. *BMC Pediatr*. 2018 Nov 21;18(1).

²²⁴de Menezes MC, Duarte CK, Costa DV de P, Lopes MS, de Freitas PP, Campos SF, et al. A systematic review of effects, potentialities, and limitations of nutritional interventions aimed at managing obesity in primary and secondary health care. *Nutrition*. 2020 Mar;110784.

²²⁵Ferrari GD, Azevedo M, Medeiros L, Neufeld CB, Ribeiro RPP, Rangé BP, et al. A multidisciplinary weight-loss program: The importance of psychological group therapy. *Motriz Rev Educ Fis*. 2017 Jan 1;23(1):47–52

Psicólogos

- A associação de um terapeuta ou psicólogo, ao utilizar estratégias comportamentais, aumenta a adesão à dieta e, conseqüentemente, resulta na maior perda de peso²²⁶;
- Os determinantes para perda de peso mais importantes são aqueles que envolvem mudanças comportamentais²⁶⁷;
- Grupos acompanhados por psicólogos apresentaram maiores alterações e melhorias significativas no IMC, circunferência de cintura, percentual de gordura e pressão arterial diastólica quando comparados com grupos sem psicólogos²⁶⁵;
- A equipe multiprofissional, incluindo o psicólogo, pode ser fundamental não só para a compreensão da multicausalidade do processo saúde/doença do indivíduo com obesidade, mas também para subsidiar os profissionais de saúde na compreensão dos desafios para a adesão. Isso envolve, por um lado, a problematização sobre a relação que se estabelece entre profissional e usuário, a corresponsabilização, a autonomia e o autocuidado e, por outro, o manejo de emoções que afetam os próprios profissionais de saúde no curso de um processo terapêutico desafiador²⁶⁶;
- A alta frequência de motivações para perda de peso relacionadas à aparência e aceitação social evidencia a necessidade de intervenções multidisciplinares de perda de peso que considerem não apenas os fatores biológicos, mas também os aspectos psicológicos e sociais²⁶⁸;
- Revisão sistemática apontou que a maioria dos estudos apresentou melhores resultados de perda de peso com a associação de restrições de calorias e intervenções baseadas em teorias (entrevista motivacional, terapia cognitivo-comportamental), fornecidas por nutricionistas ou psicólogos²⁶⁹;
- O trabalho colaborativo entre o profissional de educação física, nutricionista e psicólogo engloba maiores benefícios à saúde quando comparado à intervenção sem o psicólogo. Os programas de perda de peso mais eficientes são aqueles que abordam os fatores psicológicos que influenciam a obesidade e perda de peso²⁶⁷.

DISQUE SAÚDE **136**



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



PÁTRIA AMADA
BRASIL
GOVERNO FEDERAL