

GILBERTO DE ALMEIDA GOMES

Produto educacional:

Manual de intervenção interprofissional para manejo da obesidade na atenção especializada



CC-BY-NC-SA: esta licença permite que outros remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho para fins não comerciais, desde que atribuam o devido crédito e que licenciem as novas criações sob termos idênticos.

São Paulo

2023

GILBERTO DE ALMEIDA GOMES

Produto Educacional:

Manual de intervenção interprofissional para manejo da obesidade na atenção especializada

Produto educacional resultado da dissertação “Efetividade da Intervenção Interprofissional no Manejo da Obesidade” apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, Programa de Mestrado Profissional Interunidades Formação Interdisciplinar em Saúde.

Orientador: Profa. Dra. Marina de Góes Salvetti

São Paulo

2023

RESUMO

Gomes GA. Produto Educacional: Manual de intervenção interprofissional para manejo da obesidade na atenção especializada. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2023.

Por ser um agravo de natureza multifatorial, o manejo da obesidade é extremamente complexo, de longo prazo, e um grande desafio para os profissionais nos diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde. Para a superação deste desafio, é necessária a reorganização dos serviços de saúde de modo a ofertar ações contínuas, colaborativas e efetivas para identificação dos casos, estratificação de risco e cuidado humanizado, integral, qualificado e longitudinal que contemple a complexidade do agravo. De forma a contribuir no cuidado à pessoa com obesidade na Atenção Especializada em saúde, foi elaborado este manual, fruto de uma pesquisa que buscou avaliar a efetividade de uma intervenção interprofissional psicoeducativa para manejo da obesidade, no município de Guarulhos, SP. Os resultados da pesquisa, assim como o manual gerado a partir desses desfechos, tem por objetivo apoiar as equipes e profissionais de saúde no aprimoramento da prática clínica. Este manual está embasado em evidências científicas e apresenta uma proposta metodológica que oferece ferramentas teóricas e práticas, e em linguagem acessível, para manejo da obesidade com ênfase na abordagem cognitivo-comportamental. Espera-se que os trabalhadores se apropriem dos referenciais teóricos e técnicos apresentados neste manual e que eles sejam incorporados e propagados no trabalho desenvolvido na Atenção Especializada em saúde no cuidado à pessoa com obesidade.

Palavras-chave: Obesidade. Manejo da obesidade. Obesidade grau III. Terapia Cognitiva Comportamental. Educação Interprofissional.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA.....	09
2	OBJETIVO	10
3	ASPECTOS GERAIS DA OBESIDADE	11
4	LEGISLAÇÃO E POLÍTICAS PÚBLICAS.....	14
5	MANEJO DA OBESIDADE NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	18
6	PROGRAMA INTERPROFISSIONAL DE TRATAMENTO	40
7	CIRURGIA BARIÁTRICA.....	50
	REFERÊNCIAS.....	60

1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A obesidade é considerada uma epidemia mundial, além de doença crônica, progressiva, associada à múltiplos fatores interconectados de maneira complexa, entre eles, consumo alimentar e nível de atividade física, mas também aspectos genéticos, biológicos, socioeconômicos, culturais, ambientais e políticos, que influenciam sua causa e manutenção¹⁻⁵. Nesse sentido, não apenas o sujeito e suas escolhas, mas toda sociedade assume lugar estratégico na compreensão do problema e no planejamento de propostas de intervenções que contribuam com seu controle e redução⁶.

Além de causar sofrimento psicológico devido ao estigma e discriminação, a obesidade é considerada fator de risco para o desenvolvimento de complicações metabólicas associadas à outras Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), incluindo as cardiovasculares, diabetes mellitus tipo 2 e alguns tipos de câncer⁷⁻¹⁰. No Brasil, mais da metade da população adulta apresenta excesso de peso e dois em cada dez adultos possui obesidade^{11,12}.

Por ser um agravo de natureza multifatorial, o manejo da obesidade é extremamente complexo, de longo prazo, e o cuidado à pessoa com obesidade é um grande desafio entre os profissionais nos diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS)¹³. Para a superação deste desafio, é necessária a reorganização dos serviços de saúde de modo a ofertar ações contínuas, colaborativas e efetivas para identificação dos casos, estratificação de risco e cuidado humanizado, integral, qualificado e longitudinal que contemple a complexidade do agravo¹¹.

Este manual é fruto da dissertação de mestrado “Efetividade da Intervenção Interprofissional no Manejo da Obesidade”, apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo/Programa de Mestrado Profissional Interunidades Formação Interdisciplinar em Saúde, no ano de 2023.

A pesquisa vinculada a dissertação buscou avaliar a efetividade de uma intervenção interprofissional psicoeducativa para manejo da obesidade na Atenção Especializada (AE) em saúde, no município de Guarulhos, SP. Os resultados da pesquisa, assim como o manual gerado a partir desses desfechos, tem por objetivo apoiar as equipes e profissionais de saúde no cuidado à pessoa com obesidade, com

um olhar cuidadoso para os usuários com fatores de risco e problemas de saúde já instalados.

Este manual está embasado em evidências científicas e apresenta uma proposta metodológica que oferece ferramentas teóricas e práticas, e em linguagem acessível, para manejo da obesidade com ênfase na abordagem cognitivo-comportamental.

Diversos autores sugerem que esse tipo de terapia pode ser considerada o tratamento de primeira linha entre as abordagens psicoeducativas no cuidado à pessoa com obesidade, por promover estratégias que auxiliam na perda de peso, melhora de aspectos emocionais, mudança do comportamento alimentar e imagem corporal positiva¹⁴⁻¹⁶.

Este manual contém informações sobre Aspectos gerais da Obesidade, Legislação e Políticas Públicas, Manejo da Obesidade na Atenção Especializada, Programa Interprofissional de Tratamento da Obesidade, Cirurgia Bariátrica, e destina-se especialmente a gestores e profissionais de saúde que cuidam de pessoas com obesidade do próprio município.

Por se tratar de um manual instrutivo, esse material deve ser considerado como um modelo flexível, que se adapte às realidades específicas de cada território e serviço. Considera-se também que esse manual possa constituir-se referência para o manejo da obesidade na atenção especializada à saúde em outras localidades.

Por fim, com base nessas informações, espera-se que os trabalhadores se apropriem dos referenciais teóricos e técnicos apresentados neste manual e que eles sejam incorporados e propagados no trabalho em saúde desenvolvido na atenção especializada no cuidado à pessoa com obesidade.

2 OBJETIVO

Apoiar as equipes e profissionais no aprimoramento do cuidado à pessoa com obesidade na AE em saúde, com um olhar cuidadoso para os usuários com fatores de risco e problemas de saúde já instalados e reforçar o papel da equipe interprofissional na melhoria da prática clínica.

3 ASPECTOS GERAIS DA OBESIDADE

A obesidade é considerada uma doença crônica multifatorial complexa e o principal problema nutricional do mundo, superando a desnutrição e os problemas infecciosos como causas de doenças e mortalidade¹¹. Está associada ao excesso de gordura corporal, decorrente de interações entre fatores genéticos, emocionais, sociais e ambientais, estilo de vida, distúrbios endócrinos, entre outros¹⁷.

Segundo dados da VIGITEL de 2019, a prevalência da obesidade em adultos no Brasil aumentou 72% nos últimos treze anos, saindo de 11,8% em 2006 para 20,3% em 2018. Mais da metade da população brasileira, 55,4%, tem excesso de peso. Constatou-se aumento de 30% quando comparado com percentual de 42,6% no ano de 2006 e surgem 1 milhão de novos casos de excesso de peso em adultos por ano no Brasil¹².

Estudo que avaliou a tendência temporal da prevalência de obesidade mórbida na população adulta das capitais brasileiras entre os anos de 2006 e 2017, evidenciou tendência de aumento da obesidade mórbida no país nesse período, sendo que as mulheres apresentaram maiores prevalências ao serem comparadas com os homens, especialmente na faixa etária de 25 a 44 anos, e em todos os níveis de escolaridade¹⁸.

O custo financeiro da obesidade no Brasil com hospitalizações e gastos ambulatoriais, em 2011, foi estimado em R\$ 488 milhões. Em 2018, esse mesmo custo aumentou 37%, totalizando R\$ 669 milhões. Os custos atribuíveis à hipertensão arterial, diabetes e obesidade no Brasil totalizaram R\$ 3,45 bilhões em 2018, considerando gastos do SUS com hospitalizações, procedimentos ambulatoriais e medicamentos¹⁹.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a dimensão e a gravidade da crise da obesidade são comparadas apenas à negligência e ao estigma enfrentados pelas pessoas com obesidade. Esse estigma social interfere negativamente em outros aspectos da vida, incluindo status socioeconômico, escolaridade e estado civil, contribuindo para piora da qualidade de vida e socialização^{9,11}.

A visão predominante de que a obesidade é uma escolha e que pode ser totalmente revertida por decisões voluntárias de comer menos e se exercitar mais

pode exercer influências negativas nas políticas públicas de saúde, acesso a tratamentos e pesquisas⁹.

Condutas discriminatórias de vários segmentos da sociedade, e especialmente de profissionais da saúde, geram estigmas e rótulos que podem desencorajar a pessoa com obesidade a procurar os serviços de saúde, e trazer outras consequências, como aumento do risco de depressão, baixa autoestima, pensamentos suicidas, distúrbios da imagem corporal, aumento do risco de transtornos alimentares, diminuição da atividade física, maior ganho de peso e elevadas taxas de insucessos terapêuticos, ocasionando comprometimentos clínicos e psicossociais²⁰.

O diagnóstico da obesidade mais utilizado é baseado no parâmetro determinado pela OMS, por meio do Índice de Massa Corporal (IMC), obtido pela relação entre peso e altura do indivíduo^{1,11}, segundo a fórmula:

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

A medida do IMC possibilita tanto a classificação do estado nutricional e definição das medidas terapêuticas indicadas, como a estratificação de risco para o desenvolvimento e/ou presença de comorbidades, conforme mostrado no Quadro 1¹¹.

Quadro 1 – Classificação do estado nutricional de adultos e risco de comorbidades, segundo IMC.

IMC	Classificação	Risco de comorbidades
<18,50	Baixo peso	Normal ou elevado
18,50 a 24,99	Eutrófico	Normal
25,00 a 29,99	Sobrepeso	Pouco elevado
30,00 a 34,99	Obesidade grau 1	Elevado
35,00 a 39,99	Obesidade grau 2	Muito elevado
>40,00	Obesidade grau 3	Muitíssimo elevado

Fonte: Adaptado de Brasil (2020, p.7)¹¹.

Todavia, vários estudos demonstram que o IMC sozinho não pode definir a obesidade e seu uso apresenta limitações, visto que ele não é uma medida direta de gordura corporal e nem indica a sua distribuição, não leva em consideração a massa

muscular, e não distingue quanto a sexo e etnia. O uso de ferramentas adequadas para avaliação de medidas da distribuição de gordura combinadas com o IMC pode auxiliar a resolver alguns problemas do seu uso¹⁷.

As circunferências da cintura (CC) ou abdominal (CA), são parâmetros utilizados para avaliar a distribuição da gordura intra-abdominal, sendo um marcador de maior risco cardiometabólico²¹, conforme mostrado no Quadro 2.

Quadro 2 – Parâmetros para risco cardiovascular, segundo perímetro da cintura.

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

Fonte: Adaptado de Brasil (2020, p.8)¹¹.

Assim como o IMC, a aplicabilidade da circunferência da cintura apresenta limitações. É uma medida indireta de gordura visceral, sensível a alterações temporárias como gestação, presença de ascite ou distensão abdominal, entre outros. Essa medida se torna menos sensível com o aumento do IMC e o ponto de corte também varia de acordo com etnia¹¹.

Outros métodos para avaliação da distribuição e quantificação da gordura corporal (circunferência do pescoço, razão cintura-quadril (RCQ), razão cintura-estatura (RCE), dobras cutâneas, bioimpedância elétrica, ultrassonografia, tomografia computadorizada, ressonância magnética, densitometria por dupla emissão de raios-X DEXA) podem ser usados para avaliação da composição corporal, porém o alto custo de alguns impede sua ampla e rotineira utilização¹⁷. Equações para predição da gordura corporal que utilizam massa corporal, estatura e perímetros corporais também têm sido utilizadas em substituição a dobras cutâneas²²⁻²⁴.

Cabe destacar que, tanto a quantidade quanto a distribuição da adiposidade corporal devem ser consideradas para obter informações seguras na avaliação de riscos à saúde de indivíduos e populações¹⁷.

4 LEGISLAÇÃO E POLÍTICAS PÚBLICAS

- **Portaria nº424, de 19 de março de 2013** – Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas²⁵.

Componente Atenção Básica:

a) realizar a vigilância alimentar e nutricional da população adstrita com vistas à estratificação de risco para o cuidado do sobrepeso e da obesidade;

b) realizar ações de promoção da saúde e prevenção do sobrepeso e da obesidade de forma intersetorial e com participação popular, respeitando hábitos e cultura locais, com ênfase nas ações de promoção da alimentação adequada e saudável e da atividade física;

c) apoiar o autocuidado para manutenção e recuperação do peso saudável;

d) prestar assistência terapêutica multiprofissional aos indivíduos adultos com sobrepeso e obesidade que apresentem IMC entre 25 e 40 kg/m², de acordo com as estratificações de risco e as diretrizes clínicas estabelecidas;

e) coordenar o cuidado dos indivíduos adultos que, esgotadas as possibilidades terapêuticas na Atenção Básica, necessitarem de outros pontos de atenção, quando apresentarem IMC 30 kg/m² com comorbidades ou IMC 40 kg/m²;

f) prestar assistência terapêutica multiprofissional aos usuários que realizaram procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade após o período de acompanhamento pós-operatório realizado na Atenção Especializada Ambulatorial e/ou Hospitalar;

g) garantir o acolhimento adequado das pessoas com sobrepeso e obesidade em todos os equipamentos da atenção básica, incluindo os Polos de Academia da Saúde.

Componente Atenção Especializada:

a) Subcomponente Ambulatorial Especializado:

1. Prestar apoio matricial às equipes da Atenção Básica, presencialmente ou por meio dos Núcleos do Telessaúde;
2. Prestar assistência ambulatorial especializada multiprofissional aos indivíduos adultos com IMC 30 kg/m² com comorbidades, e aos indivíduos com IMC 40 kg/m², quando esgotadas as possibilidades terapêuticas na Atenção Básica, de acordo com as demandas encaminhadas através da regulação;
3. Diagnosticar os casos com indicação para procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade e encaminhar a demanda através da regulação;
4. Prestar assistência terapêutica multiprofissional pré-operatória aos usuários com indicação de realização de procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade;
5. Prestar assistência terapêutica multiprofissional aos usuários que realizaram procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade após o período de acompanhamento pós-operatório realizado na Atenção Especializada Hospitalar;
6. Organizar o retorno dos usuários à assistência na Atenção Básica de acordo com as diretrizes estabelecidas localmente;
7. Realizar contra-referência em casos de alta para os serviços de atenção básica, bem como comunicar periodicamente os municípios e as equipes de saúde acerca dos usuários que estão em acompanhamento.

b) Subcomponente Hospitalar:

- 1 Realizar avaliação dos casos indicados pela Atenção Especializada Ambulatorial e/ou Regulação para procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade, de acordo com o estabelecido nas diretrizes clínicas gerais, e protocolos locais de encaminhamentos e regulação;
- 2 Organizar o acesso à cirurgia, considerando e priorizando os indivíduos que apresentam outras comorbidades associadas à obesidade e/ou maior risco à saúde;
- 3 Realizar tratamento cirúrgico da obesidade de acordo com o estabelecido nas diretrizes clínicas gerais e normas de credenciamento e habilitação definidas pelo Ministério da Saúde em atos normativos específicos;
- 4 Realizar cirurgia plástica reparadora para indivíduos submetidos ao tratamento cirúrgico da obesidade, conforme critérios dispostos em atos normativos específicos do Ministério da Saúde;
- 5 Garantir assistência terapêutica multiprofissional pós-operatória aos usuários que realizaram procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade;

6 Organizar o retorno dos usuários que realizaram procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade à assistência terapêutica multiprofissional na Atenção Especializada Ambulatorial e/ou na Atenção Básica, de acordo com as diretrizes clínicas gerais;

7 Realizar contra-referência em casos de alta para os serviços de atenção básica e/ou atenção ambulatorial especializada, bem como comunicar periodicamente aos municípios e as equipes acerca dos usuários que estão em acompanhamento.

c) Subcomponente Urgência e Emergência:

Prestar assistência e o primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até o encaminhamento, se necessário, dos indivíduos com complicações agudas decorrentes do sobrepeso e obesidade, bem como do pós-operatório da cirurgia bariátrica, com a implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades.

- **Portaria nº62 de 6 de Janeiro de 2017** – Altera as Portarias nº424/GM/MS, de 19 de março de 2013, que redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas e nº425/GM/MS, de 19 de março de 2013, que estabelece o regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao indivíduo com Obesidade²⁶.

- **Caderno de Atenção Básica – Estratégias para o cuidado da Pessoa com Doença Crônica nº35, 2014** – Destaca a relevância atual das condições crônicas, enfatiza a complexidade das doenças/fatores de risco de determinação múltipla, aborda conceitos comuns às variadas doenças crônicas e apresenta diretrizes para a organização do cuidado. Inclui ainda estratégias para mudança de hábitos, promoção da alimentação saudável e prática de atividade física, abordagens para construção e acompanhamento dos planos de cuidado e de apoio ao autocuidado²⁷.

- **Caderno de Atenção Básica – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade nº38, 2014** – Tem como objetivo subsidiar os

profissionais de saúde atuantes nos serviços de Atenção Básica do SUS para o cuidado integral da obesidade, com ênfase no manejo alimentar e nutricional²⁸.

- **Guia Alimentar para a população brasileira, 2ª Edição, 2014** – Integra a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, constituindo em uma das estratégias para implementação da diretriz de promoção da alimentação adequada e saudável como parte da construção de um sistema alimentar sustentável e destaca condicionantes da alimentação, desde a produção até o consumo. Suas recomendações baseiam-se em uma classificação de alimentos segundo o grau de processamento²⁹.

- **Instrutivo – Metodologia de trabalho em grupos para ações de alimentação e nutrição na Atenção Básica, 2016** – Constitui em uma estratégia de promoção da saúde, de caráter coletivo, que visa uma maior participação do usuário no processo educativo sobre alimentação e nutrição, no envolvimento da equipe com o participante e na otimização do trabalho³⁰.

- **Instrutivo - Desmistificando Dúvidas sobre Alimentação e Nutrição, material de apoio para profissionais de saúde, 2016** – Tem como objetivo orientar e subsidiar a prática dos profissionais de saúde, assim como promover a autonomia das pessoas, famílias e comunidades, facilitando o acesso a conhecimentos sobre alimentação e nutrição e permitindo que reflitam de forma crítica sobre hábitos e práticas não promotoras de saúde, aos quais muitas vezes são submetidos³¹.

- **Manual de Atenção às Pessoas com Sobrepeso e Obesidade no Âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do 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, com objetivo de apoiar estados e municípios na implementação das ações de atenção à saúde e fortalecer a qualificação e efetividade do cuidado³².

- Instrutivo De Abordagem Coletiva Para Manejo Da Obesidade No Sus - Caderno De Atividades Educativas - O Instrutivo traz a base para o entendimento dos desafios de cuidar de uma pessoa com obesidade por meio de ações coletivas. Disponibiliza o roteiro detalhado de atividades especialmente criadas para o manejo da obesidade³³.

- Instrutivo De Abordagem Coletiva Para Manejo Da Obesidade No Sus - O material tem por objetivo apoiar as equipes e profissionais de saúde para o manejo da obesidade no SUS, com ênfase na abordagem coletiva³⁴.

5 MANEJO DA OBESIDADE NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Para prevenção e controle da obesidade, são necessárias ações contínuas de Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) para identificação dos casos, estratificação de risco e organização da oferta de cuidado. As ações de promoção, proteção e recuperação da saúde devem envolver os diferentes níveis de atenção, desde a Atenção Primária em Saúde (APS) até a Atenção Hospitalar, através de uma linha de cuidado qualificada que estabeleça fluxos de referência e contrarreferência e ofereça cuidado integral e longitudinal à pessoa com sobrepeso e obesidade no Sistema Único de Saúde (SUS)¹¹. Na Figura 1 é apresentado o fluxo de atendimento ao indivíduo com sobrepeso ou obesidade no SUS:

Quadro 3 - Atividades realizadas na Atenção Especializada

Atividades realizadas na Atenção Especializada
Orientação e apoio para mudança de hábitos
Prescrição dietética
Psicoterapia
Farmacoterapia
Prescrição de atividade física
Atividades educativas com estratégias de educação permanente
Palestras
Rodas de conversa
Oficinas com temas relacionados ao tratamento cirúrgico da obesidade (cirurgia bariátrica, cuidado pré e pós-operatório, necessidades alimentares, possíveis complicações)
Ações de monitoramento
Avaliação do peso

Fonte: Brasil (2020, p.34)¹¹.

Nos Centros de Especialidades Médicas de Guarulhos (CEMEG) da AE à saúde foram criadas equipes interprofissionais denominadas Núcleos de Tratamento de Obesidade Adulto, compostas basicamente pelos profissionais nutricionista, psicólogo e médico, com apoio da equipe de enfermagem e outros especialistas do ambulatório, como mostrado na Figura 2.

Figura 2 - Equipe Interprofissional do Núcleo de Obesidade



Figura 2. Fonte: o autor.

Entre os objetivos do núcleo destacam-se¹¹:

- Tratamento interprofissional da obesidade na AE;
- Promover a perda e manutenção do peso;
- Estimular um estilo de vida saudável;

- Fortalecer o conhecimento do usuário sobre sua doença e ampliar sua capacidade de autocuidado;
- Tratar e controlar as patologias associadas à obesidade;
- Reduzir a morbimortalidade;
- Melhorar a qualidade de vida dos pacientes;
- Articulação com a APS via apoio matricial para auxílio na condução de intervenções terapêuticas;
- Confecção de relatórios de contra referência para a APS e;
- Avaliação, acompanhamento e classificação de pacientes elegíveis à cirurgia bariátrica.

Critérios de encaminhamento para Atenção Especializada

A APS tem um papel essencial na estratificação de risco e classificação dos usuários de acordo com a gravidade da enfermidade, devendo ser encaminhados ao serviço especializado os pacientes mais complexos e com maior risco de morbimortalidade³².

Conforme o protocolo de atendimento do sobrepeso e obesidade do município, adultos que apresentem IMC > 35kg/m² com comorbidades (alto risco cardiovascular, diabetes Mellitus (DM) e/ou hipertensão arterial sistêmica (HAS) de difícil controle, apneia do sono, doenças articulares degenerativas) e adultos com IMC > 40kg/m², com ou sem comorbidades, esgotadas as possibilidades terapêuticas na APS (mudança de hábitos, realização de dieta, atividade física, farmacoterapia e atenção psicológica), por pelo menos dois anos, devem ser encaminhados para acompanhamento multiprofissional na atenção especializada.

O encaminhamento é realizado via reuniões de matriciamento da obesidade que ocorrem com frequência bimestral entre a equipe do Núcleo de Obesidade e representantes das equipes da APS. É preenchida previamente uma ficha do caso a ser matriciado com a atenção especializada, contendo dados pessoais, patologias associadas e histórico de tratamento da obesidade.

Considerando que para promoção da integralidade do cuidado que se baseia no contexto da prática colaborativa interprofissional, nessa perspectiva, o **apoio matricial** tem primordial relevância, pois possibilita a troca de saberes e práticas de

trabalho entre as equipes, a partir da construção de conhecimentos dialógicos que valorizam as singularidades e diferenças de saberes, e apoiam os profissionais na resolução de problemas e na tomada de decisões terapêuticas, fortalecendo a articulação entre as RAS^{28,32}.

Os pacientes permanecerão em acompanhamento especializado pelo período de 2 anos, sendo o desfecho de encaminhamento para cirurgia bariátrica ou alta da atenção especializada para manutenção do acompanhamento na atenção básica, definido pela equipe multidisciplinar.

Pacientes com IMC > 50 kg/m² poderão ser encaminhados para cirurgia bariátrica sem a necessidade de serem acompanhados durante 2 anos, ficando esta decisão a critério da avaliação clínica e multidisciplinar.

Atendimento à pessoa com obesidade na Atenção Especializada

Ao iniciar o acompanhamento o paciente tem o primeiro atendimento com um integrante da equipe que faz o acolhimento e a avaliação inicial, e explica os objetivos e funcionamento do serviço. O atendimento segue as seguintes etapas:

1º Passo - Acolhimento e abordagem inicial

O acolhimento e a abordagem inicial à pessoa com obesidade são aspectos fundamentais para a adesão ao tratamento, já que a discriminação e a estigmatização são comuns em ambientes de cuidados de saúde. Este estigma acarreta efeitos negativos na saúde mental e física das pessoas com obesidade, podendo levar a evitar os cuidados terapêuticos e prejudicar o vínculo entre o profissional e paciente⁹.

Diante disso, um grupo de pesquisadores elaborou uma declaração de consenso para melhorar as habilidades de comunicação, auxiliar o acolhimento e reduzir o estigma da obesidade dentro do sistema de saúde¹⁰.

Algumas orientações podem ser seguidas, entre elas:

- **Seja positivo:** Foque nos ganhos alcançáveis com o controle de peso, em vez de destacar os efeitos negativos possíveis com a falha de abordar a obesidade.

- **Tenha consciência da comunicação verbal e não verbal:** Faça perguntas abertas, descubra o que a pessoa pensa sobre seu peso e se quer falar sobre ele naquele momento. Falar sobre obesidade não é fácil, garanta que a sua linguagem corporal aborde o paciente de uma forma que seria apropriada para qualquer outra condição médica.
- **Atendimento centrado na pessoa:** Valorizar o paciente, o que ele faz, o que ele pensa, o que ele sente, sem defini-lo por sua condição clínica. Destaque o que as pessoas trazem em seus relatos. Construa uma conversa colaborativa com o paciente.
- **Seja prestativo e solidário:** Ofereça ajuda específica e conselhos quando apropriado. Reconheça que têm vários caminhos para perder peso e valorize a individualidade de cada um. Construa metas significativas, específicas e sustentáveis junto com o paciente.
- **Tenha consciência do ambiente:** Cadeiras com braços, apertadas, com limites de peso e espaços estreitos podem ser inadequados. A sala de atendimento deve ter equipamentos apropriados disponíveis, incluindo balanças adequadas.
- **Seja compreensivo:** Reconheça as dificuldades enfrentadas pela pessoa. E atente-se a não atribuir culpa a ela.

2º Passo - Avaliação do estágio de mudança do comportamento

As abordagens de mudança de comportamento em saúde buscam identificar dificuldades vividas pelas pessoas no enfrentamento de determinadas situações e reestruturá-las para um melhor convívio com as situações estressantes. Nesse sentido, estratégias comportamentais ajudam os indivíduos na mudança de hábitos e de rotinas^{11,28,32}.

Variadas teorias, na maioria das vezes provenientes da área da psicologia, baseiam as abordagens comportamentais, e devido sua potencialidade, evidências científicas e recomendação em materiais do Ministério da Saúde, destacam-se o Modelo Transteórico (MT) e a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC)³²⁻³⁴.

O MT presume que a prontidão para mudança de comportamentos de saúde ocorre em diferentes estágios, que, quando identificados, permite direcionar melhor

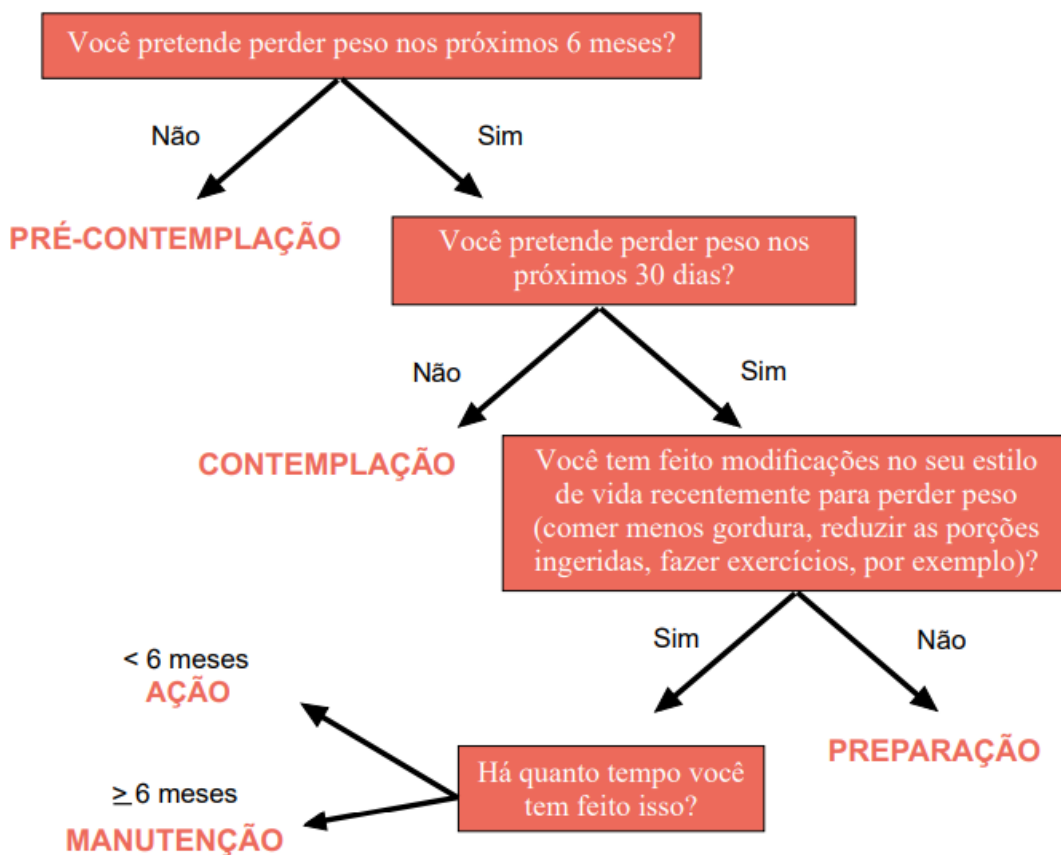
as ações e metas para cada indivíduo e promover a adesão às propostas terapêuticas, considerando que estes apresentam diferentes percepções e motivações para realizar mudanças em sua alimentação ou em seu estilo de vida^{34,35}.

Dessa forma, um dos primeiros passos para abordar a pessoa com obesidade é identificar qual a motivação para fazer mudanças nos seus hábitos de vida. O modelo do MT apresenta as seguintes fases de mudança aplicadas no manejo da obesidade^{34,35}.

1. **Pré-contemplação** – pessoa não pretende reduzir peso nos próximos 6 meses.
2. **Contemplação** – pessoa pretende reduzir peso nos próximos 6 meses, mas ainda não faz planos concretos para o próximo mês.
3. **Preparação** – pessoa pretende reduzir peso nos próximos 30 dias.
4. **Ação** – pessoa já adotou mudanças de comportamento visando o peso saudável, mas há pouco tempo (menos de 6 meses).
5. **Manutenção** – pessoa já adotou mudanças de comportamento visando o peso saudável há 6 meses ou mais.

Na Figura 3 sugere-se uma proposta de algoritmo para avaliação dos estágios de mudança em relação à perda de peso²⁸.

Figura 3 - Avaliação dos estágios de mudança em relação à perda de peso



Fonte: Brasil (2014, p.81)²⁸.

Com base na classificação dos estágios de mudança e na autoeficácia, conforme recomendado pelo *Instrutivo de Abordagem Coletiva para Manejo da Obesidade no SUS*, do Ministério da Saúde em parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais, os usuários com obesidade poderão ser direcionados para grupos planejados para atender às suas necessidades³⁴.

Na Figura 4, são sugeridas estratégias para identificar em que estágio de mudança a pessoa se encontra e qual a melhor abordagem²⁸.

Figura 4 - Estratégias de identificação do estágio de mudança e abordagens recomendadas

Estágio de Mudança	Como identificar?	O que fazer?
Pré-contemplação	Não pretende, não deseja ou não é prioridade perder peso nos próximos meses	<ul style="list-style-type: none"> Faça perguntas e gere reflexão sobre a associação da obesidade com problemas de saúde da pessoa ('Entendo que não tem desejo no momento de fazer mudanças para melhorar seu peso, porém é importante que lhe informe que essa dor no joelho que sente tem relação com o peso e pode melhorar com o controle'). Ofereça informações claras sobre riscos da obesidade e benefícios de controlar o peso. Procure dar informações relacionadas aos problemas e preocupações da pessoa. Forneça material informativo impresso ou encaminhe para e-mail ou WhatsApp. Sugira vídeos/filmes sobre o assunto.
Contemplação	Está pensando sobre perder peso nos próximos meses, mas não está preparada para isso no momento – ambivalência	<ul style="list-style-type: none"> Ofereça informações claras sobre riscos da obesidade e benefícios de controlar o peso. Procure dar informações relacionadas aos problemas e preocupações da pessoa. Forneça material informativo impresso ou encaminhe para e-mail ou WhatsApp. Sugira vídeos e filmes sobre o assunto. Ofereça informações sobre estratégias e opções para perda de peso para quando ela quiser começar a fazer mudanças em seus hábitos. Converse sobre vantagens e desvantagens das mudanças de estilo de vida necessárias para o controle do peso.
Preparação para a ação	Está motivada e pronta para começar modificações no seu estilo para perder peso	<ul style="list-style-type: none"> Ajude a desenvolver um plano, ofereça estratégias e ajude a escolher, de modo personalizado, a melhor. Identifique junto com a pessoa situações de risco e estratégias de como lidar com elas. Por exemplo, como fazer para melhorar sua alimentação sendo que ela almoça todo dia no refeitório do emprego.
Ação	Está fazendo modificações há < 6 meses	<ul style="list-style-type: none"> Encoraje e parabeneze por cada pequena conquista. Esteja disponível para dúvidas.
Manutenção	Está fazendo modificações há > 6 meses	<ul style="list-style-type: none"> Elogie pelo sucesso. Reforce estratégias para prevenir recaídas.
Recaída	Estava fazendo modificações, mas retomou hábitos de vida que aumentaram novamente seu peso	<ul style="list-style-type: none"> Não puna. Tranquelize a pessoa, é natural recair uma ou mais vezes até concretizar definitivamente as mudanças. Identifique, junto com a pessoa, as situações de risco relacionadas à recaída. Estabeleça estratégias de controle. Encoraje a recomeçar e esteja disponível ('Quando estiver pronta para recomeçar estamos disponíveis para uma tentativa com mais sucesso').

Fonte: Brasil (2014, p.81)²⁸.

No Quadro 4, são sugeridas algumas perguntas abertas que podem ser úteis para aumentar a motivação para a mudança de comportamento³².

Quadro 4 - Perguntas abertas para motivação da mudança de comportamento

Como você está se sentindo em relação ao seu peso neste momento?
Você está confiante de que pode fazer uma mudança em seu estilo de vida?
Se você decidir mudar seu estilo de vida, o que você mudaria?
Se você decidir fazer essa mudança, como você faria?
Quais seriam as duas ou três vantagens que você poderia obter com isso?
Que tipo de ajuda você gostaria para atingir seus objetivos?
Como nossa discussão o ajudou a seguir em frente? Como você vê o acompanhamento?

Fonte: Adaptado de Brasil (2021, p.30)³².

3º Passo – Avaliação nutricional

A avaliação nutricional é feita pela nutricionista da equipe, sendo fundamental para determinar o diagnóstico nutricional do indivíduo e traçar estratégias para o tratamento da obesidade. Deve coletar dados para auxiliar na individualização do programa de controle de peso, como consumo alimentar, histórico clínico pessoal e familiar, situação socioeconômica, tempo de obesidade e fatores do ganho de peso, tratamentos anteriores, hábitos de vida, nível de atividade física, aspectos clínicos, dados bioquímicos e uso de medicamentos ou suplementos. A avaliação também inclui medidas antropométricas que devem considerar composição corporal, história de peso, peso, altura, circunferência da cintura e índice de massa corporal (IMC) atuais³⁶⁻³⁷.

Procedimentos iniciais para a avaliação do perfil alimentar e nutricional²⁸:

- Pesar e medir.
- Realizar a aferição da medida da cintura.
- Calcular o IMC e classificar o estado nutricional.
- Avaliar os hábitos alimentares, a disponibilidade e a variedade de alimentos na família e o recebimento de benefícios provenientes de programas de transferência de renda e outros tipos de auxílio (cesta básica, leite etc.).
- Avaliar o nível de atividade física, avaliando todas as atividades realizadas: trabalho fora de casa, trabalhos domésticos, deslocamento, transporte, lazer, cuidado de crianças ou idosos etc.
- Realizar exame clínico.
- Avaliar exames bioquímicos.
- Avaliar outros dados clínicos e hábitos de saúde pertinentes (sinais clínicos de deficiências de micronutrientes, prática de atividade física, funcionamento intestinal etc.).

A avaliação do consumo alimentar deve considerar não só a qualidade e a quantidade dos alimentos consumidos, mas também a forma que o indivíduo se alimenta; é relevante identificar os obstáculos que dificultam o paciente de fazer mudanças permanentes no seu comportamento alimentar²⁸. Também é importante

valorizar os pontos positivos e propor, de acordo com o diagnóstico, a pactuação de mudanças e metas²⁸.

A estratégia de avaliação do consumo alimentar mais utilizada em intervenções cognitivo-comportamentais é o diário alimentar, ferramenta de automonitoramento, através da qual o indivíduo mantém um registro ao longo do dia de quais alimentos consumiu e suas respectivas quantidades; inclui horário, local, duração da refeição e se esta foi ou não planejada. A pessoa também deve registrar se estava acompanhada ou não, como reconheceu sua sensação de fome e saciedade antes e depois da refeição e o que estava pensando e sentindo³⁸.

O diário alimentar é uma ferramenta que promove vários benefícios ao paciente, como melhora da percepção de fome e saciedade, planejamento das refeições, autonomia e consciência alimentar, comer com atenção, hábito alimentar mais diversificado e desenvolvimento de habilidades culinárias²⁸. Sua aplicação auxilia o nutricionista no entendimento das práticas e escolhas que influenciam o comportamento alimentar do paciente, promovendo intervenções específicas e individualizadas que auxiliam no processo de mudança de hábitos alimentares a longo prazo e maior adesão ao tratamento³⁸.

4º Passo – Avaliação Médica

A avaliação clínica é realizada pela médica da equipe onde são realizados exame físico, avaliação bioquímica, inquérito sobre comorbidades e coleta de dados sobre a história clínica, hábitos de vida, medicamentos em uso e exames realizados. Também são solicitados exames laboratoriais e de imagem e dadas orientações médicas, conforme julgamento clínico.

No exame físico é realizada a medida da pressão arterial após cerca de 10 minutos de repouso na posição sentada (na sala de espera ou em outro lugar). A avaliação é feita usando um tamanho de manguito adequado para a circunferência do braço do paciente, usando um esfigmomanômetro preciso e calibrado³⁹.

O Inquérito para comorbidades tem o objetivo de avaliar os sintomas e sinais clínicos das principais comorbidades, proporcionando uma avaliação clínica completa. Identificar a obesidade “metabolicamente saudável”, principalmente quando o

paciente apresenta alta aptidão cardiorrespiratória. Procurar, entre outros sinais clínicos, por acantose nigricans (coloração marrom da pele do pescoço ou nas axilas) relacionada à resistência à insulina¹⁷.

A avaliação bioquímica (exames laboratoriais) é uma medição objetiva que complementa a anamnese e a avaliação clínica, e constitui parte valiosa da análise de saúde do paciente com obesidade¹⁷. No Quadro 5, estão os parâmetros mais utilizados na avaliação bioquímica⁴⁰.

Quadro 5 - Parâmetros de avaliação bioquímica na obesidade

Avaliação Bioquímica	Parâmetros utilizados
Resistência à Insulina e Diabetes Mellitus tipo 2	Glicemia em jejum, Insulina em jejum, Hemoglobina glicada
Estado Inflamatório	PCR, Ferritina
Função Hepática	TGO, TGP, GGT, com investigação hepática (ultrassom, biópsia), se enzimas hepáticas elevadas
Função Renal	Ureia, Creatinina, TFG, Sódio, Potássio
Reservas Proteicas	Proteína total e frações, Pré-albumina, Albumina, Transferrina
Vitaminas e minerais	Vitaminas: A, D, E, K, C, tiamina (B1), niacina (B3), piridoxina (B6), ácido pantotênico, biotina, folato, cianocobalamina (B12) Minerais: cálcio, fosfato, magnésio, enxofre, cloro, sódio, potássio, ferro, zinco, iodo, selênio, cobre, manganês, cromo
Indicadores de Anemia	Contagem de eritrócitos, hemoglobina, hematócrito, VCM, HCM, ferro, ferritina, transferrina
Função Tireoidiana	T3, T4, TSH
Hiperuricemia	Ácido úrico

Fonte: Adaptado de Coppini (2015, p.82)⁴⁰.

Avaliação de Síndrome Metabólica.

A síndrome metabólica está associada à maior risco de desenvolvimento de diabetes tipo 2 e doenças cardiovasculares.

No **Quadro 6**, estão os cinco critérios para o diagnóstico nos quais 1 mais outros 2 critérios são necessários⁴⁰:

Quadro 6 - Critérios para diagnóstico da Síndrome Metabólica

Obesidade abdominal por meio de medida da circunferência abdominal	•Homens: >102 cm •Mulheres: >88cm
Triglicerídeos	≥150mg/dl
Lipoproteína de alta densidade (HDL)	•Homens: <40mg/dl •Mulheres: <50mg/dL
Pressão arterial	≥130mmHg/ ≥85mmHg
Glicemia de jejum	≥110mg/dL

Fonte: Adaptado de Coppini (2015, p.82)⁴⁰.

Avaliação de Dislipidemia

Para o diagnóstico de dislipidemias são utilizados os parâmetros de colesterol e frações e triglicérides, seguindo os valores de referência da Sociedade Brasileira de Cardiologia⁴¹. No Quadro 7 estão descritos os critérios para o diagnóstico de dislipidemias.

Quadro 7 - Critérios de diagnóstico de dislipidemias

Diagnóstico de Dislipidemias	
Hipercolesterolemia Isolada	Aumento isolado do LDL-c (LDL-c ≥ 160 mg/dL)
Hipertrigliceridemia Isolada	Aumento isolado dos triglicérides (TG ≥ 150 mg/dL)
Hiperlipidemia Mista	Aumento do LDL-c (LDL-c ≥ 160 mg/dL) e dos TG (TG ≥ 150 mg/dL)
HDL-c Baixo	Redução do HDL-c (Homens < 40 mg/dL e Mulheres < 50 mg/dL) Isolada ou em associação ao aumento de LDL-c ou de TG

Fonte: Adaptado de Coppini (2015, p.85)⁴⁰.

Avaliação de resistência à insulina e diabetes

Para a avaliação de resistência à insulina e diabetes foram utilizados os parâmetros de glicemia plasmática de jejum e hemoglobina glicada.

No Quadro 8, estão os critérios para o diagnóstico da resistência à insulina e diabetes⁴⁰.

Quadro 8 – Critérios para diagnóstico da resistência à insulina e diabetes

Glicemia de Jejum Classificação
Normal = entre 70 a 100 mg/dl
Resistência à Insulina = 101 a 125 mg/dl
Diabetes = > 125 mg/dl
Hemoglobina Glicada Classificação
< 5,7% = Valores esperados para indivíduos não diabéticos
5,7 a 6,4% = Risco aumentado para desenvolvimento de diabetes
> ou = 6,5% = Compatível com diabetes

Fonte: Adaptado de Coppini (2015, p.82)⁴⁰.

5º Passo – Avaliação psicológica

A avaliação psicológica é realizada pela psicóloga da equipe e é composta por entrevista semiestrutura, onde são analisados aspectos psicológicos como ansiedade, depressão e compulsão alimentar, além do estado emocional e histórico psicossocial, que podem interferir no sucesso e na adesão ao tratamento, especialmente no comportamento alimentar e na manutenção do peso saudável a longo prazo.

6º Passo – Tratamento

É preciso salientar que o tratamento da obesidade não tem como objetivo atingir um IMC correspondente à eutrofia. O critério para perda de peso bem-sucedida é a manutenção de uma perda ponderal igual ou superior a 10% do peso inicial após 1 ano. Este percentual já é suficiente para melhorias significativas nos parâmetros cardiovasculares e metabólicos¹¹.

A perda de peso corporal é importante, mas não é considerada a primeira prioridade do tratamento, sendo a redução de gordura corporal mais relevante na melhora do estado de saúde e contribuição para a redução dos riscos e complicações³².

Também são objetivos do tratamento, prevenir ou tratar comorbidades já presentes, evitando complicações, combater a estigmatização, e restaurar o bem-estar, a imagem corporal positiva e a autoestima dos usuários¹¹.

Segundo a recente diretriz canadense de prática clínica da obesidade em adultos, tratamento deve ser baseado em evidências científicas atuais para o gerenciamento de DCNT, deve validar as experiências vividas pelos pacientes, ir além de abordagens simplistas de “comer menos, mover-se mais” e abordar os principais impulsionadores da obesidade. Sendo assim, para melhores resultados de saúde com foco no paciente e não apenas na perda de peso, a conduta no tratamento deve enfatizar os seguintes aspectos³⁶:

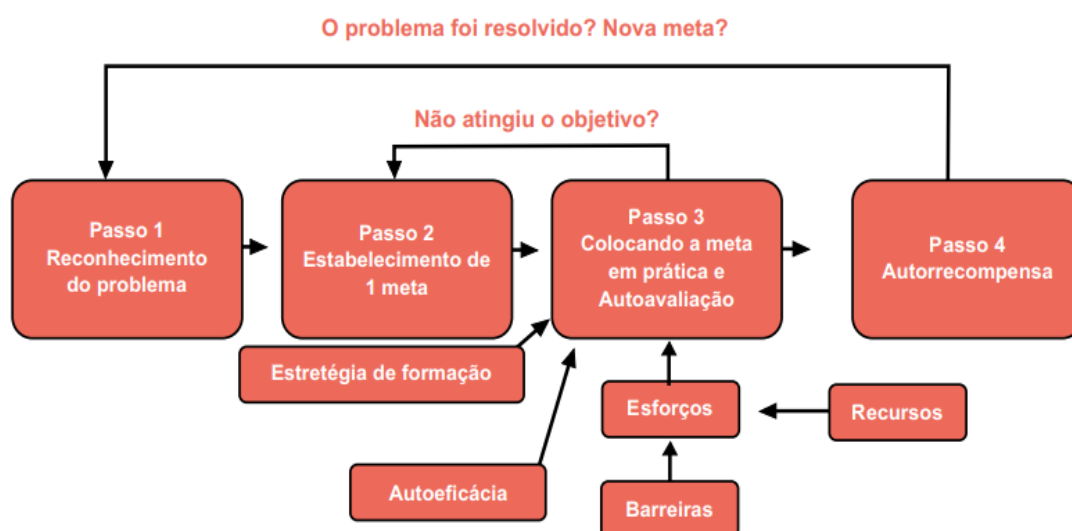
- **Pedir permissão.** Entender que nem todos os pacientes estão preparados para iniciar um tratamento para a obesidade. Por isso, devemos pedir permissão para aconselhar e ajudar no tratamento de maneira imparcial. Usar frases como "Podemos conversar sobre o seu peso?" pode ser uma maneira de demonstrar empatia e de criar vínculo.
- **Avaliar a história do paciente.** Precisamos usar métodos apropriados e identificar as causas, complicações e barreiras ao tratamento. É importante lembrar que a obesidade é multifatorial e muitas questões podem estar envolvidas, inclusive emocionais.
- **Conversar sobre as opções de tratamento.** Entre as principais opções de tratamento estão a terapia nutricional e a atividade física. Terapias auxiliares também podem ser necessárias, como psicoterapia, medicamentos e cirurgia bariátrica. Nesses casos, o paciente deve ser bem-informado e ter acompanhamento interprofissional.
- **Definir metas de forma colaborativa.** Paciente e profissional devem acordar os objetivos da terapia de modo conjunto e construir um plano de ação sustentável.
- **Acompanhar o paciente continuamente.** Devemos nos engajar com os pacientes a partir de acompanhamento e reavaliações contínuas, promovendo a melhoria do atendimento e o combate ao estigma de peso.

Estabelecimento de metas

Com base na anamnese e na avaliação do paciente, é importante que os profissionais de saúde construam junto ao usuário um plano de ação com metas para redução do peso no curto, médio e longo prazo, e o estabelecimento de hábitos e práticas relacionados ao comportamento alimentar e realização de atividade física, contando com o envolvimento familiar sempre que possível²⁸.

As metas e ações de acompanhamento e monitoramento alimentar devem estimular a apropriação pelo usuário do seu próprio corpo, do autocuidado, do resgate da autoestima e o controle das suas comorbidades²⁸. Na Figura 5, é sugerida uma proposta de algoritmo para o processo de estabelecimento de metas²⁸.

Figura 5 - Proposta de algoritmo para o estabelecimento de metas



Fonte: Adaptado de Brasil (2014, p.83)²⁸.

As metas de mudanças propostas na consulta anterior devem ser avaliadas com o paciente. Caso a meta tenha sido atingida, novas metas poderão ser negociadas, caso não tenham sido atingidas, é importante análise e reflexão sobre as metas e reformulação ou troca da meta, se necessário²⁸.

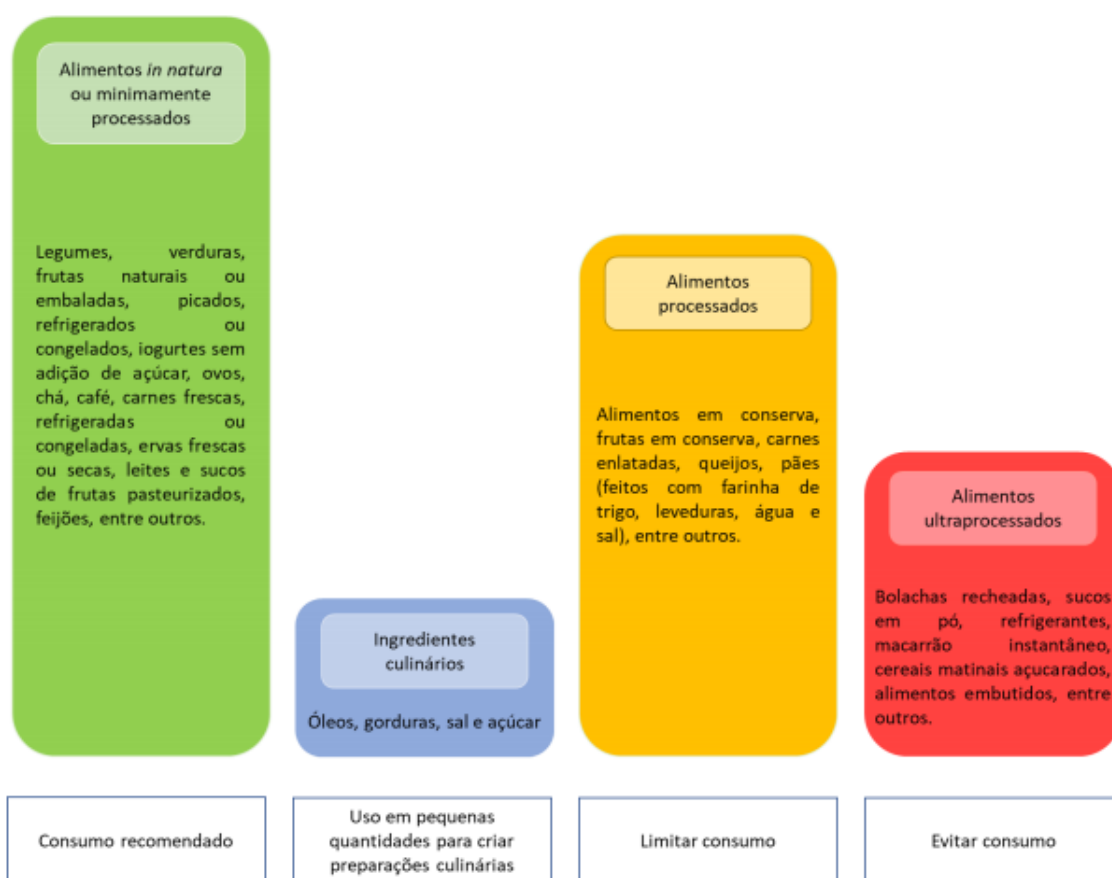
Plano alimentar

O plano alimentar deve ser individualizado e construído junto com o paciente, sendo baseado na análise do consumo alimentar e considerando os valores e preferências individuais e os aspectos biológicos, psicológicos, sociais e culturais que

influenciam o comportamento alimentar. Tem como objetivo apoiar uma abordagem alimentar segura, eficaz, flexível, nutricionalmente adequada, culturalmente aceitável e acessível para adesão a longo prazo²⁸.

No contexto do cuidado à pessoa com obesidade, o plano alimentar pode basear-se nos preceitos do *Guia Alimentar para a População Brasileira*, dando preferência a alimentos in natura e regionais como frutas, legumes, verduras, cereais integrais e leguminosas; reduzindo o consumo de alimentos processados; excluindo o consumo de alimentos ultraprocessados; limitando o uso de sal, açúcar e gorduras nas preparações; desenvolvendo habilidades culinárias; planejando horários e locais adequados para as refeições; e incentivando a comensalidade, como comer em companhia, e ter um hábito alimentar regular, prazeroso e normal, diversificado em grupos alimentares²⁹. Na Figura 6, estão os grupos de alimentos do *Guia Alimentar para a População Brasileira*²⁹.

Figura 6 - Classificação dos grupos de alimentos conforme o Guia Alimentar para a População Brasileira



Fonte: Adaptado de Brasil (2020, p.15)¹¹.

Na Figura 7, estão os dez passos para uma alimentação adequada e saudável, propostos pelo Guia Alimentar para a População Brasileira²⁹.

Figura 7 - Dez passos para uma alimentação adequada e saudável

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

Fonte: Adaptado de Brasil (2020, p.18)¹¹.

Cabe destacar que o tratamento nutricional da obesidade pode ser mais bem sucedido quando integrado a um programa de modificação comportamental que promova mudanças no padrão alimentar para toda vida, com metas realistas e sustentáveis. Dietas muito restritivas, artificiais e rígidas não são sustentáveis, embora possam promover resultados satisfatórios num período limitado²⁸.

Não há controvérsias ao fato de que o balanço energético negativo, causado por redução na ingestão calórica, resulta em diminuição da massa corporal. A redução do consumo energético, no entanto, deve ser pautada principalmente por melhorias qualitativas na dieta, principalmente com relação ao consumo de alimentos ultraprocessados¹¹.

Em termos quantitativos, a prescrição de uma alimentação com a restrição de 500 a 1.000 kcal/dia do gasto energético estimado se mostrou eficaz na redução do peso corporal em indivíduos com sobrepeso ou obesidade e pode ser recomendada no plano alimentar. Sugere-se cálculo direto de 15 a 20 kcal/kg de peso atual/dia, não sendo inferior à estimativa do gasto energético basal^{11,40,42}. Para estimativa da necessidade energética utilizar peso atual quando IMC \leq 40 kg/m² e peso ideal ou desejável quando IMC $>$ 40 kg/m². No Quadro 9 estão destacadas as recomendações de distribuição de nutrientes no plano de restrição energética moderada para tratamento da obesidade⁴³.

Quadro 9 - Recomendações dietéticas no plano de restrição energética moderada para tratamento da obesidade.

Carboidrato	55 a 60 % (com cerca de 20 % de absorção simples)
Proteínas	15 a 20 % (não menos que 0,8g/ Kg de peso desejável)
Gorduras	20 a 25% (7% de gorduras saturadas, 10% de poliinsaturadas e 13 % de monoinsaturadas)
Fibras	Entre 20 e 30 g/dia
Álcool	Não é aconselhável o uso
Colesterol	Até 300 mg/dia
Vitaminas e Minerais	De acordo com as necessidades nutricionais (atingindo em dietas com 1.200 Kcal ou mais)
Cloreto de Sódio	Adequação à situação biológica individual
Líquidos	1.500 ml para cada 1.000 Kcal
Esquema Alimentar	Recomenda-se fracionamento em 6 refeições diárias

Fonte: Adaptado de Cuppari et al. (2019, p.196)⁴³.

Existem outras abordagens desenvolvidas até o momento com o objetivo de promover a redução do peso, como densidade energética da dieta, controle das porções, dietas de baixa ou muito baixa calorias, padrões alimentares, dieta baseada em vegetais, substitutos de refeição, dietas com baixo teor de carboidratos, jejum intermitente, entre outras, porém apenas pequena parte delas se embasa em evidências científicas. O nutricionista é o profissional capacitado para elaborar o plano alimentar e promover orientações nutricionais direcionadas ao indivíduo com obesidade para adesão a longo prazo, em benefício da saúde global do indivíduo⁴⁴.

As consultas nutricionais individuais ocorrem com frequência mensal ou bimestral para avaliação constante do acompanhamento, onde são parabenizados os resultados alcançados, a identificação de dificuldades e o planejamento de novas estratégias.

Psicoterapia

As sessões de psicoterapia ocorrem em consultas individuais com frequência quinzenal, variando de acordo com cada caso, e tem a função de ampliar a percepção do paciente em relação ao seu corpo, a sua autoestima e as suas relações interpessoais, além de fornecer informações sobre a doença e sobre as formas de autocuidado e estratégias para melhorar a qualidade de vida e a saúde. Em determinadas situações, a família do paciente é solicitada a comparecer junto no atendimento individual.

São utilizadas técnicas da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) nas quais os pacientes são direcionados a identificar pensamentos sabotadores e erros cognitivos que podem interferir no tratamento e são apresentadas respostas adaptativas para cada pensamento disfuncional para serem colocadas em prática como estratégia para promoção de mudanças. A identificação de gatilhos relacionados aos comportamentos a serem modificados e os ambientes em que estes ocorrem também são destacados^{32,38}.

No Quadro 10 estão descritos algumas crenças e padrões de pensamentos disfuncionais de pessoas com obesidade²⁸.

Quadro 10 – Crenças e padrões de pensamentos disfuncionais de pessoas com obesidade

Hipergeneralização	Define uma situação específica como regra geral e a aplica em outras situações, incluindo as que não são semelhantes. Ex.: “Arroz em qualquer quantidade engorda. Não adianta falar que é um alimento minimamente processado e que pode ser utilizado em preparações culinárias porque eu não acredito que eu possa comer”.
Magnificação	Superestimação da importância de fatos ruins e indesejados. Ex.: “Na Academia todas as mulheres irão reparar o tamanho da minha barriga”.
Raciocínio dicotômico (tudo ou nada)	Pensamento extremo e absoluto, em que os eventos são certos ou errados, bons ou maus... Ex.: “Só existem dois tipos de alimentos: aqueles que engordam e os que não engordam”.
Pensamento irracional ou supersticioso	Acreditar em uma relação de causa e efeito quando não necessariamente ela existe. Ex.: “Ir ao shopping é sair da dieta” ou “Eu engordo até com o ar”.

Fonte: Adaptado de Brasil (2014, p.102)²⁸.

Acompanhamento médico

O acompanhamento médico é realizado em consultas individuais subsequentes que ocorrem com frequência mensal ou bimestral de acordo com a necessidade avaliada pelo profissional e disponibilidade do paciente em ir à unidade.

São realizados exame físico, avaliação bioquímica, inquérito sobre comorbidades e coleta de dados sobre a história clínica, hábitos de vida, medicamentos em uso e exames realizados. São solicitados exames laboratoriais e de imagem e dadas orientações médicas, e são realizados encaminhamentos para outros especialistas médicos do ambulatório, conforme julgamento clínico.

Intervenção interprofissional

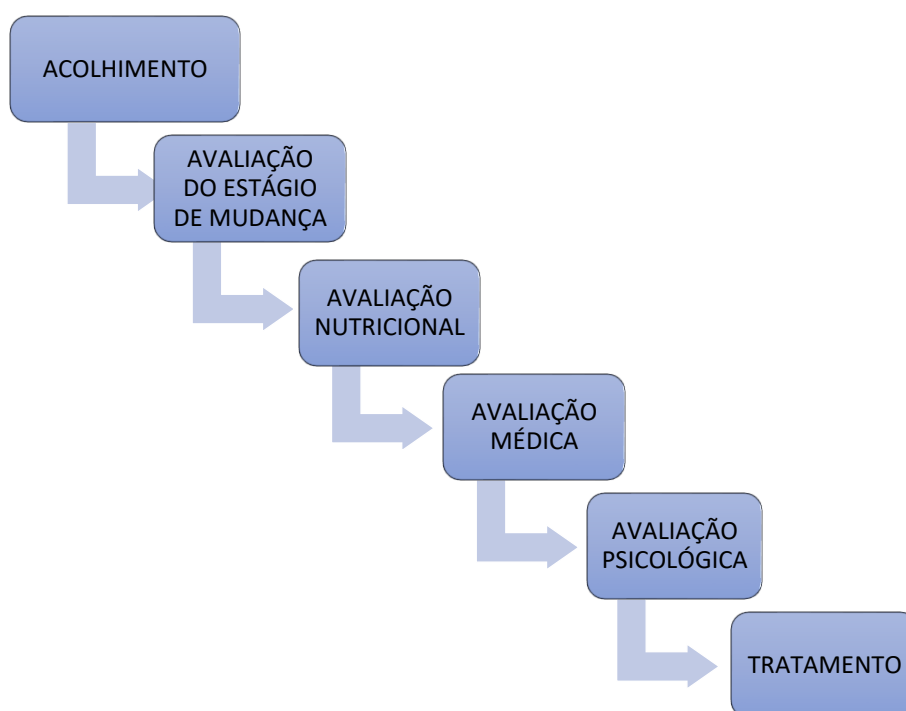
Seguindo o conceito de trabalho em equipe interprofissional preconiza-se a comunicação contínua de maneira horizontal entre os profissionais sobre o cuidado ofertado, com objetivos comuns, ações clínicas compartilhadas e tomada conjunta de decisões sobre as estratégias utilizadas pela equipe. As habilidades profissionais complementares e interdependentes são priorizadas, na produção de estratégias mais

abrangentes, com foco na clínica ampliada, atenção centrada no paciente, promoção de mudanças sustentáveis de hábitos de vidas e construção de autonomia relacionada à saúde⁴⁵.

Os profissionais da equipe têm ação conjunta na condução dos grupos e as reuniões de planejamento, discussão de casos e elaboração de práticas colaborativas ocorrem com frequência mensal entre os componentes da equipe e são registradas em livro ata. Nas consultas de acompanhamento com os profissionais da equipe são atualizados os dados da anamnese psicossocial, do consumo alimentar, da avaliação antropométrica, da evolução do estado nutricional, das alterações bioquímicas e clínicas e do controle das comorbidades.

A frequência de consultas varia de acordo com o quadro clínico e o plano terapêutico do paciente, em geral consistindo em uma a três consultas no mesmo dia, para construção do vínculo com a equipe e melhor adesão ao tratamento. Esta adesão ao tratamento é aferida pela frequência do paciente às consultas agendadas e pelo relato sobre a adesão às prescrições e orientações para realização de mudanças nos hábitos de vida, alimentação, atividade física e utilização dos medicamentos. Na Figura 8, é apresentado o fluxo de atendimento do paciente no Núcleo de Obesidade.

Figura 8 - Fluxo de atendimento à pessoa com obesidade na AE



Fonte: o autor.

O Quadro 11 traz as possibilidades atuais de tratamento segundo a gravidade da obesidade e as complicações associadas⁴³.

Quadro 11 - Tratamentos da obesidade segundo a gravidade e complicações associadas

Diagnóstico Antropometria (IMC – kg/m ²)	Aspectos clínicos	Estágio e tratamentos específicos das complicações		
		Estágio da doença	Fase de prevenção da doença crônica	Terapia sugerida, baseada no julgamento clínico
< 25 < 23*	-	Peso normal	Primária	Estilo de vida saudável: plano alimentar saudável + atividade física
25 a 29,9 23 a 24,9 em alguns grupos étnicos	Avaliar a presença ou ausência de complicações relacionadas à adiposidade e a gravidade das complicações	Sobrepeso estágio 0	Secundária	Terapia de mudança no estilo de vida: plano alimentar saudável hipocalórico
≥ 25 ≥ 23 em alguns grupos étnicos		Obesidade estágio I (1 ou mais complicações leves)	Terciária	Estilo de vida saudável: plano alimentar saudável + atividade física + intervenções comportamentais Medicamentos para perda de peso: considerar após a falha na terapia de mudança de hábitos de vida para atingir objetivos terapêuticos ou iniciar concomitantemente com a terapia de mudança de hábitos de vida (IMC ≥ 27)
		Obesidade estágio 2 (pelo menos 1 complicação grave)	Terciária	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Estilo de vida saudável: plano alimentar saudável + atividade física + intervenções comportamentais ▸ Medicamentos para perda de peso: iniciar concomitantemente às mudanças nos hábitos de vida (IMC ≥ 27) ▸ Considerar cirurgia bariátrica (IMC ≥ 35)

Fonte: Adaptado de Cuppari et al. (2019, p.187)⁴³

6 PROGRAMA INTERPROFISSIONAL DE TRATAMENTO DA OBESIDADE

Detalhamento do programa

O programa é composto por três fases, divididas em dez sessões. Cada fase apresenta estratégias práticas e procedimentos específicos que podem ser adaptados ao progresso e barreiras individuais dos participantes, visando a perda e a manutenção do peso e as mudanças de estilo de vida. São empregados como referenciais teóricos a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e a Teoria Social Cognitiva (TSC), com base nas Crenças de Autoeficácia⁴⁶⁻⁴⁸.

Primeira fase – Preparação (encontro individual pré-tratamento e sessão 1):

A fase de preparação envolve a análise do tratamento, na qual o participante e os interventores avaliam a natureza e a gravidade da obesidade, bem como quaisquer comorbidades médicas e psicossociais associadas, além da percepção dos recursos pessoais e ambientais para o enfrentamento das tarefas. Também são solicitados detalhes de suas redes de apoio (parceiros, familiares, amigos e colegas de trabalho) e tudo que pode constituir um obstáculo à mudança.

Encontro individual pré-tratamento

Antes do grupo começar, cada participante se encontra com pelo menos um dos interventores, com o propósito de garantir que o indivíduo esteja pronto e que o tratamento grupal seja adequado para ele, além de permitir que cada membro conheça pelo menos uma pessoa antes do grupo começar aumentando assim seu nível de conforto. Durante o encontro, o interventor explica como o grupo transcorre e o que esperar. As regras e normas são brevemente revisadas e informações práticas (localização, horário etc.) são fornecidas. É também uma oportunidade para lidar com as preocupações ou questões que o indivíduo tenha em relação ao tratamento em grupo.

Sessão 1

Na primeira sessão, são apresentados aos participantes os interventores que conduzirão o programa. Os membros são apresentados uns aos outros e ao tratamento grupal. É estabelecido um contrato terapêutico do grupo com informações sobre local, horário, duração do tratamento, uso do celular, respeito a individualidade e as diferenças, sigilo etc.

Os participantes recebem informações sobre o que esperar do tratamento como objetivos, duração, organização, procedimentos e possíveis resultados, no intuito de promover reflexões e melhor preparo para execução.

Cada membro do grupo é convidado a compartilhar experiências referentes ao seu histórico de tratamento da obesidade e suas razões e motivações pessoais para perder peso, no intuito de haver uma troca entre os participantes que possibilite uma nova visão a respeito do que foi vivido por cada um e uma reflexão sobre suas crenças.

Em seguida é desenvolvida uma atividade de psicoeducação sobre obesidade e consequências para saúde física, mental e social, com objetivo de promover melhor entendimento sobre obesidade, estigma do peso e consequências para saúde, qualidade de vida e bem-estar. Para isso, é usado o *podcast* do MS *Como a Obesidade pode afetar sua vida?*, disponível em <https://soundcloud.com/saudebrasil/como-a-obesidade-pode-afetar-a-sua-vida>. Após a exibição do *podcast*, é realizada uma discussão sobre o tema e exposição das reflexões pessoais.

Depois é realizada uma discussão sobre as razões pessoais para mudança e cada membro faz uma exposição oral sobre sua motivação para mudança de hábitos, alcance dos objetivos e identificação de dificuldades e barreiras. Como tarefa, é proposto um exercício para determinar os prós e contras do tratamento. O propósito é construir a motivação e oferecer uma avaliação realista dos desafios do tratamento.

A sessão é finalizada com a entrega do diário de bordo/caderno de anotações para os participantes desenvolverem a tarefa e trazer no retorno, e uma técnica de

relaxamento e respiração simples, compartilhada com os participantes para estimular a prática do autocuidado.

Segunda fase – Ação (sessões 2 a 8):

A fase de ação refere-se ao estabelecimento de metas e a criação de um plano de ação visando atingir as metas definidas. Cada participante é orientado a acompanhar a eficácia das estratégias por meio do automonitoramento durante a realização de tarefas, seguida de reflexão e discussão sobre as atividades desenvolvidas. Parte do conteúdo das sessões é apresentada aos participantes através dos recursos do *Power Point*.

Sessão 2

A sessão 2 e todas subsequentes começam com o estabelecimento da agenda, tratando das questões da sessão anterior, e com a revisão de tarefas. Durante a revisão, um quadro para escrever é utilizado com frequência a fim de ilustrar temas comuns no grupo. Os membros são estimulados a se ajudarem por meio da eliminação de obstáculos e desafios.

É realizada psicoeducação sobre a teoria do *set point* e regulação do peso para melhor entendimento sobre os mecanismos de perda e manutenção do peso, bem como é discutida a relação entre aspectos nutricionais e obesidade¹⁷.

Em seguida são apresentados os conceitos e tópicos do *Guia Alimentar para a População Brasileira*, através de vídeos educativos do canal do YouTube *Panelinha sobre Comida de Verdade*, disponível em https://www.youtube.com/watch?v=Ltt6si2U39I&list=PLx-RfqJITFaqc8_ei1-eHVB32hyP9aQ.

Preocupações e questões levantadas por essas informações são o foco da discussão seguinte e os membros são incentivados a seguir os preceitos do guia, com intuito na melhoria do hábito alimentar. Como tarefa, recebem materiais para leitura sobre o guia e seus tópicos mais importantes²⁹, incluindo sua versão de bolso e o

folder dos “Dez Passos para uma Alimentação Adequada e Saudável”, entre outros, disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/dez_passos_alimentacao_adequada_saudavel_dobrado.pdf.

Sessão 3

Após revisão das tarefas e da discussão relativa às questões levantadas, é sugerido o desenvolvimento de tarefas graduais com uma lista de atividades com nível crescente de dificuldade, para que cada uma delas seja colocada em prática e avaliada durante o programa, para assim, pouco a pouco, atingir as metas estabelecidas. Cada participante desenvolve um plano de metas personalizado para trabalhar rumo à melhoria do hábito alimentar para ser executado até a sessão seguinte.

O papel das orientações do *Guia Alimentar para a População Brasileira*²⁹ no auxílio à melhora alimentar é discutido. É proposto o automonitoramento realizado através do preenchimento e avaliação do diário alimentar. Espera-se com esse instrumento facilitar o diagnóstico e a condução do aconselhamento nutricional, reduzir a frequência de comportamentos disfuncionais e aumentar comportamentos adequados, promover a autorregulação e ajudar a entender pensamentos e sentimentos relacionados ao hábito alimentar.

Sessão 4

Após revisão das tarefas, a discussão do grupo concentra-se no papel da atividade física no tratamento da obesidade. Os pacientes compartilham experiências pessoais sobre seu nível atual de atividades e como essas podem ser uma estratégia no manejo do peso saudável. Em seguida, recebem informações sobre o *Guia de Atividade Física para a População Brasileira*⁴⁹, para ampliação da autonomia dos participantes na prática de atividade física.

Um profissional de educação física convidado desenvolve uma atividade para sensibilizar os participantes sobre as razões para se exercitar além do controle de peso, como saúde, alívio do estresse e diversão. Também realiza avaliação física e funcional que tem como objetivo identificar possíveis impedimentos para prática de atividade física e exercícios, gerando também um processo de diálogo e reflexão entre o profissional e o usuário sobre a relação do indivíduo com a prática de atividade física. Como tarefa, os membros do grupo desenvolvem um plano de exercícios físicos, levando em consideração os aspectos clínicos e as limitações.

Sessão 5

As tarefas são revisadas, com ênfase na solução dos obstáculos identificados no automonitoramento, bem como na discussão detalhada do plano de exercícios de cada membro. Em seguida, o papel dos fatores desencadeantes emocionais é destacado. Estratégias de como lidar com as emoções fortes e com a ansiedade são apresentados, por exemplo, tolerância ao desconforto, autotranquilização e relaxamento.

O restante da sessão concentra-se na identificação de pensamentos automáticos e na apresentação de estratégias cognitivas. Os tópicos abordados incluem o papel dos pensamentos automáticos no hábito alimentar e a conexão entre pensamentos, sentimentos e comportamento. Depois de identificados os pensamentos automáticos, o interventor deve propor aos indivíduos que realizem uma série de exercícios entre as sessões, de forma planejada, para expandir os aprendizados em situações reais. Normalmente, é necessária a prática repetitiva até que os indivíduos possam modificar prontamente os erros cognitivos enraizados.

Espera-se como resultados mudar os pensamentos automáticos e os esquemas negativos que envolvem os aspectos psicossociais da obesidade, abordando potenciais barreiras, ajustando objetivos irrealistas, administrando preocupações com a imagem corporal, e redirecionando objetivos e metas para o tratamento⁴⁶⁻⁴⁸.

Sessões 6

Após revisão das tarefas e da discussão relativa às questões levantadas, desafios e obstáculos comuns são discutidos e utiliza-se a técnica de resolução de problemas, que consiste em criar atividades individuais de elaboração de planejamento e ação e de enfrentamento de obstáculos. Tem como objetivo fazer o indivíduo lidar de forma eficaz com obstáculos, avaliando e encontrando soluções para resolução de problemas e aumentar a percepção de autoeficácia.

Em seguida é empregada a técnica de habilidades sociais, que visa superar déficits no desempenho social, na qual o grupo pratica diferentes formas de comunicação (passiva, assertiva e agressiva), tornando-os mais confiantes e assertivos perante o convívio social.

No final da sessão o foco muda para a imagem corporal, os fatores desencadeantes de imagem corporal negativa e estratégias de como lidar com influências socioculturais e preconceito quanto ao peso e as estratégias para desenvolver uma imagem corporal mais sadia.

Como tarefa, os membros continuam o automonitoramento da alimentação e trabalho com as metas comportamentais⁴⁶⁻⁴⁸.

Sessão 7

Após revisão das tarefas e da discussão relativa às questões levantadas, é apresentado o instrutivo *“Desmistificando Dúvidas sobre Alimentação e Nutrição, material de apoio para profissionais de saúde”*, disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desmistificando_duvidas_sobre_alimenta%C3%A7%C3%A3o_nutricao.pdf, que tem como objetivo orientar e subsidiar a prática dos profissionais de saúde, assim como promover a autonomia das pessoas, famílias e comunidades, facilitando o acesso a conhecimentos sobre alimentação e nutrição e permitindo que reflitam de forma crítica sobre hábitos e práticas não promotoras de saúde, aos quais muitas vezes são submetidos³¹.

Após discussão relativa às questões levantadas é apresentado o instrutivo “*Na cozinha com frutas, legumes e verduras*”, disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cozinha_frutas_legumes_verduras.pdf, com o intuito de apoiar e estimular práticas alimentares adequadas e saudáveis, incentivar habilidades culinárias aumentando a autoeficácia dos participantes em manter um hábito alimentar saudável e qualificar as ações de educação alimentar e nutricional, valorizando e incentivando o consumo de frutas, verduras e legumes⁵⁰.

Como tarefa é sugerido que cada membro confeccione uma receita do instrutivo e na sessão seguinte compartilhe a experiência no grupo, no intuito de estimular o consumo de frutas, legumes e verduras, a comensalidade e as habilidades culinárias.

Sessão 8

Após revisão das tarefas e da discussão relativa às questões levantadas, os membros do grupo recebem informações sobre o tratamento cirúrgico da obesidade, como critérios de indicação e contra-indicação, fluxo de encaminhamento, assistência pré-operatória, tipos de cirurgia, complicações, acompanhamento multiprofissional, e os cuidados pós-operatório. Como tarefa, os membros recebem material de leitura sobre os tópicos levantados⁵¹.

Terceira fase – Avaliação (sessões 9 e 10):

Na fase de avaliação cada participante constata a possível discrepância entre os resultados do tratamento e as metas iniciais, redefinindo estratégias para a realização das metas pretendidas.

Sessão 9

Em seguida à revisão de tarefas, a discussão do grupo concentra-se na estratégia de reversão de hábitos, modelo no qual os comportamentos disfuncionais, como comer compulsivamente, são revisados e podem ser modificados.

Parte-se do princípio de que a pessoa não desenvolveu ou aprendeu comportamentos adaptativos, que gerem gratificação ou possibilitem resolver os problemas de outra forma.

Consiste em treinar novos padrões de respostas, a partir da identificação dos episódios, questionando o indivíduo sobre o sofrimento ou consequências do hábito e ganhos com seu abandono, além do planejamento de troca de comportamento por outra forma de agir, levando em consideração as singularidades do hábito e do contexto em que ele surge. Busca-se como resultado a eliminação de hábitos disfuncionais. É sugerido aos participantes a identificação de um comportamento disfuncional relacionado ao estilo de vida, e como criar estratégias adaptativas de comportamento³⁸.

Em seguida a sessão concentra-se na atividade de prevenção de recaídas, na qual são analisados fatores desencadeantes comuns de recaídas, como o estresse, e as estratégias para lidar com os deslizes. Esta atividade tem como intuito identificar as situações de risco (como estar com muita fome, fazer restrições qualitativas e/ou quantitativas, fazer estoque de grande quantidade de guloseimas etc.) e desenvolver estratégias para lidar efetivamente com essas situações (fracionar a alimentação, comer todos os grupos alimentares nas refeições principais, planejar a inclusão de “guloseimas” etc.).

No final da sessão são propostos exercícios de reflexão sobre as percepções de cada participante em relação ao tratamento, no intuito de promover coleta de ideias, sugestões ou críticas³⁸.

Sessão 10

Em seguida à revisão de tarefas, com ênfase no reforço do progresso feito no grupo e nos planos para o trabalho de contínua recuperação, é aplicada a técnica de *brainstorming* (tempestade de ideias)³³, que tem como objetivo coletar ideias, sugestões, críticas ou julgamentos de todos os participantes e viabilizar soluções para determinados problemas ou situações.

Finalmente, é realizada a avaliação de resultados, os pontos positivos e os limites da intervenção, e as questões relativas ao término são discutidas (sentimentos relativos ao fim do grupo, despedidas etc.). No Quadro 12 é apresentada uma visão geral do programa, bem como as estratégias abordadas em cada sessão.

Quadro 12 - Visão geral do Programa Interprofissional de Tratamento da Obesidade

Programa Interprofissional de Tratamento da Obesidade	
Sessão	Estratégias abordadas
Encontro individual pré-tratamento	Explicação do funcionamento do grupo, normas e regras Resposta às perguntas, preocupações e expectativas Avaliação dos critérios de inclusão e exclusão
Sessão 1	Apresentação dos membros Compartilhamento de experiências pessoais O que esperar do tratamento Psicoeducação: obesidade e consequências para saúde Discussão das razões para mudança e dos custos e benefícios Tarefa: exercício para determinar os prós e contras do tratamento
Sessão 2	Revisão da tarefa Psicoeducação: regulação do peso e relação entre nutrição e obesidade Apresentação do Guia Alimentar para a População Brasileira Discussão sobre as preocupações e questões levantadas Tarefa: leitura de materiais
Sessão 3	Revisão da tarefa Estabelecimento de metas Desenvolvimento de plano de metas para alimentação Automonitoramento Tarefa: monitoramento do diário alimentar
Sessão 4	Revisão da tarefa O papel da atividade física no tratamento da obesidade Atividade com educador físico Tarefa: desenvolvimento de um plano de exercícios físicos
Sessão 5	Revisão da tarefa Identificando e administrando as emoções Reconhecendo os pensamentos automáticos Reestruturação cognitiva Tarefa: reconhecer um pensamento automático e criar estratégias de enfrentamento
Sessão 6	Revisão da tarefa Resolução de problemas Treinamento de habilidades sociais Imagem corporal e estigmatização social Tarefa: monitoramento do diário alimentar
Sessão 7	Revisão da tarefa Desmistificando dúvidas sobre alimentação e nutrição Explorando as habilidades culinárias Tarefa: confecção de receita e troca de experiências
Sessão 8	Revisão da tarefa Desmistificando dúvidas sobre cirurgia bariátrica Tarefa: leitura sobre os tópicos levantados
Sessão 9	Revisão da tarefa Reversão de hábitos Prevenção de recaídas Tarefa: exercício de reflexão para coleta de ideias, sugestões ou críticas
Sessão 10	Revisão da tarefa Técnica de <i>brainstorming</i> (tempestade de ideias) Avaliação dos resultados Encerramento

Fonte: O autor. Adaptado de Beck (2013, p.163)⁴⁶; Bieling et al. (2008, p.245)⁴⁷; Bandura et al. (2008, p.97)⁴⁸; Brasil (2021, p.8)⁴⁹; Brasil (2016, p.131)³¹; Brasil (2016,p.42)⁵⁰; Coppini (2015, p.81)⁴⁰.

No Quadro 13, está descrito o resumo das estratégias práticas que são utilizadas nas sessões do grupo, bem como seus mecanismos de ação e resultados esperados.

Quadro 13 – Estratégias práticas, mecanismo de ação e resultados esperados

Estratégias práticas	Mecanismo de ação	Resultados esperados
Psicoeducação: obesidade e consequências para saúde	Os participantes recebem informações sobre obesidade, as consequências para saúde e os benefícios da perda de peso	Promover engajamento entre os participantes e melhor entendimento sobre obesidade
Psicoeducação: regulação do peso e relação entre nutrição e obesidade	Os membros recebem informações sobre a teoria do <i>set point</i> e regulação do peso e é discutida a relação entre os aspectos nutricionais e obesidade	Promover melhor entendimento sobre os mecanismos de regulação do peso e a relação entre nutrição e obesidade
Estabelecimento de metas	Cada participante desenvolve um plano de metas, para que cada uma delas seja colocada em prática, executada até a sessão seguinte e avaliada durante a intervenção	Promover a autoeficácia para mudança do comportamento e atingir gradativamente as metas estabelecidas
Automonitoramento	Observação e registro sistemático de comportamentos. Realizado através do preenchimento e avaliação do diário alimentar	Promover a autorregulação e melhor entendimento sobre o comportamento alimentar
Reestruturação cognitiva	Estratégia que consiste em ajudar os indivíduos a identificar os pensamentos automáticos e ensinar habilidades para mudar tais cognições	Mudar os pensamentos automáticos que envolvem os aspectos psicossociais da obesidade
Resolução de problemas	Consiste em criar atividades individuais de elaboração de planejamento de ação e de enfrentamento de obstáculos	Fazer o indivíduo lidar de forma eficaz com obstáculos, avaliando e encontrando soluções para resolução de problemas, e aumentar a percepção de autoeficácia
Treinamento de habilidades sociais	Técnica na qual o grupo pratica diferentes formas de comunicação (passiva, assertiva e agressiva)	Superar déficits no desempenho social, construir confiança e assertividade perante o convívio social
Reversão de hábitos	Atividade destinada à identificação de hábitos disfuncionais e planejamento de troca de comportamento por outra forma de agir	Treinar novos padrões de respostas de comportamento
Prevenção de recaídas	São analisados fatores de recaídas, e as estratégias para lidar com os deslizos, por meio da aprendizagem de comportamentos mais adaptativos	Identificar as situações de risco e desenvolver estratégias para lidar efetivamente com essas situações
Técnica de <i>brainstorming</i> (tempestade de ideias)	Técnica de grupo que tem por objetivo coletar ideias, sugestões, críticas ou julgamentos de todos os participantes	Viabilizar soluções para determinados problemas ou situações

Fonte: O autor. Adaptado de Beck (2013, p.163)⁴⁶; Bieling et al. (2008, p.245)⁴⁷; Bandura et al. (2008, p.97)⁴⁸; Brasil (2021, p.8)⁴⁹; Brasil (2016, p.131)³¹; Brasil (2016, p.42)⁵⁰; Coppini (2015, p.81)⁴⁰.

Organização

O programa é organizado em 10 sessões em grupo, com periodicidade quinzenal, em dias e horários programados e duração de 90 minutos. Os

equipamentos utilizados nas sessões são: um notebook, um projetor (Datashow), um pendrive, canetas, papel A4 e materiais de educação nutricional e psicoeducação para o desenvolvimento das atividades. O grupo estabelece um contrato de convivência, criado pelos participantes e interventores, que fica exposto em todas as sessões com o intuito de estabelecer regras e combinados e trabalhar o consenso dos participantes, junto a um painel de informações do grupo, que é atualizado a cada encontro.

Interventores

As sessões do Programa são conduzidas pelo nutricionista, pela psicóloga e/ou pela médica da equipe, de acordo com a temática da sessão. Participam eventualmente em algumas sessões a equipe de enfermagem, e outros especialistas do ambulatório como cardiologista, ortopedista e fisioterapeuta. Um profissional de educação física conduz a sessão 4 e recomenda-se a manutenção de atividade física em grupo, após a conclusão do programa.

7 CIRURGIA BARIÁTRICA

Como os pacientes são encaminhados para cirurgia bariátrica?

O tratamento cirúrgico é apenas parte do tratamento integral da obesidade, que é prioritariamente baseado na promoção da saúde e no cuidado clínico longitudinal. É indicado apenas em alguns casos, portanto é apenas uma ação dentro de toda linha de cuidado das pessoas com sobrepeso e obesidade. A avaliação para tratamento cirúrgico deve contemplar todos os critérios de indicação e contraindicação, devendo ser realizada por equipe multiprofissional na Atenção Especializada²⁵.

Indicações para cirurgia bariátrica²⁵:

- Indivíduos que apresentem IMC 50 kg/m²;
- Indivíduos que apresentem IMC 40 Kg/m², com ou sem comorbidades, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado na Atenção Básica e/ou na

Atenção Ambulatorial Especializada, por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos;

- Indivíduos com IMC > 35 kg/m² e com comorbidades, tais como pessoas com alto risco cardiovascular, Diabetes Mellitus e/ou Hipertensão Arterial Sistêmica de difícil controle, apneia do sono, doenças articulares degenerativas, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos.

No Quadro 14, estão descritas as principais comorbidades associadas à obesidade⁶:

Quadro 14 - Comorbidades associadas à obesidade

Diabetes Mellito tipo 2	Hipertensão Arterial Sistêmica
Síndrome Metabólica	Refluxo Gastroesofágico
Neoplasias	Colelitíase
Dislipidemias	Pancreatite
Gota	Doenças cardiovasculares
Doença Hepática Gordurosa não Alcoólica	Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono
Osteoartrite	Depressão

Fonte: Adaptado de Gelonese et al. (2021, p.301)¹⁷.

Os seguintes critérios devem ser observados²⁵:

I. Indivíduos que não responderam ao tratamento clínico longitudinal, que inclui orientação e apoio para mudança de hábitos, realização de dieta, atenção psicológica, prescrição de atividade física e, se necessário, farmacoterapia, realizado na Atenção Básica e/ ou Atenção Ambulatorial Especializada por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos;

II. Respeitar os limites clínicos de acordo a idade. Nos jovens entre 16 e 18 anos, poderá ser indicado o tratamento cirúrgico naqueles que apresentarem o escore-z maior que +4 na análise do IMC por idade, porém o tratamento cirúrgico não deve ser realizado antes da consolidação das epífises de crescimento. Portanto, a avaliação clínica do jovem necessita constar em prontuário e deve incluir a análise da idade óssea e avaliação criteriosa do risco-benefício, realizada por equipe multiprofissional com participação de dois profissionais médicos especialistas na área. Nos adultos

com idade acima de 65 anos, deve ser realizada avaliação individual por equipe multiprofissional, considerando a avaliação criteriosa do risco benefício, risco cirúrgico, presença de comorbidades, expectativa de vida e benefícios do emagrecimento;

III. O indivíduo e seus responsáveis devem compreender todos os aspectos do tratamento e assumirem o compromisso com o segmento pós-operatório, que deve ser mantido por tempo a ser determinado pela equipe;

IV. Compromisso consciente do paciente em participar de todas as etapas da programação, com avaliação pré-operatória rigorosa (psicológica, nutricional, clínica, cardiológica, endocrinológica, pulmonar, gastroenterológica e anestésica).

Contraindicações para cirurgia bariátrica²⁵:

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

Assistência pré-operatória

Após o acompanhamento com a equipe e adesão ao plano terapêutico, se persistir a indicação clínica para tratamento cirúrgico, são realizados os seguintes procedimentos:

Fase inicial

- a) Inclusão na lista de avaliação para cirurgia bariátrica.
- b) **Avaliação médica** - Anamnese e coleta de dados sobre a história clínica, como tempo de obesidade, tratamentos clínicos realizados e resultados obtidos, prática de atividades físicas ou sedentarismo, etilismo, tabagismo ou outras dependências químicas, medicamentos em uso, exames realizados, e existência de comorbidades orgânicas e psicológicas. Também são dados esclarecimentos sobre o tratamento cirúrgico, potenciais complicações operatórias e pós-operatórias e as medidas que devem ser adotadas para evitá-las. É realizada a avaliação bioquímica (exames laboratoriais) com objetivo de prevenir complicações, confirmar a presença de comorbidades, avaliar parâmetros associados ao metabolismo ósseo, e identificar possíveis carências nutricionais²⁵.

No Quadro 15, estão descritos os exames laboratoriais pré-operatórios da cirurgia bariátrica¹⁷.

Quadro 15 - Exames laboratoriais pré-operatórios da cirurgia bariátrica

Exames laboratoriais pré-operatórios cirurgia bariátrica	
Hemograma	Fosfatase Alcalina
Sódio	Gama-GT
Potássio	Ácido Úrico
Ureia	T4 Livre
Creatinina	TSH
Glicose em jejum	Ácido Fólico
Insulina em jejum	Vitamina b12
Peptídeo C	25-Hidroxi-Vitamina D
Hemoglobina Glicada	Cálcio
Colesterol Total e Frações	PTH
Coagulograma	Ferro
Proteínas Total e Frações	Ferritina
TGO/ TGP	Transferrina

Fonte: Adaptado de Gelonese et al. (2021, p.688)¹⁷.

No Quadro 16, estão descritos os exames complementares pré-operatórios da cirurgia bariátrica¹⁷.

Quadro 16 - Exames complementares pré-operatórios da cirurgia bariátrica

Exames complementares pré-operatórios cirurgia bariátrica
Eletrocardiograma
Ecodopplercardiograma
RX de tórax
Endoscopia com pesquisa de H. pylori
USG abdome total
USG tireoide
Prova de função pulmonar (em casos de suspeita clínica de pneumopatia)
Polissonografia (em casos de suspeita clínica de síndrome da apneia obstrutiva do sono)
Ultrassonografia com Doppler venoso de membros inferiores (em caso de suspeita de trombose venosa profunda ou risco elevado)

Fonte: Adaptado de Gelonese et al. (2021, p.688)¹⁷.

- c) **Avaliação endocrinológica** - Realizada para parecer quanto à situação do paciente do ponto de vista endocrinológico, a fim de ter o tratamento e o acompanhamento adequados. Pacientes com diagnóstico de Diabetes, Hipotireoidismo, Nódulo de tireoide e Síndrome de Cushing são priorizados no encaminhamento ao endocrinologista¹⁷.
- d) **Avaliação nutricional** - Para orientações individualizadas e adequadas sobre a importância da mudança de hábitos alimentares e perda de peso no pré-operatório de no mínimo 10% do peso aferido na primeira avaliação, bem como mastigação adequada, fracionamento das refeições, e atividade física. Tem como objetivos tratar as deficiências nutricionais, contribuir para a melhora de sintomas gastrointestinais indesejados, promover expectativas reais de perda de peso, preparar e instruir o paciente sobre a alimentação em todas as etapas da cirurgia e suplementação. São avaliados: história prévia de tratamentos para redução de peso, evolução antropométrica e nutricional, padrão alimentar, diagnóstico nutricional, e tempo de acompanhamento⁵¹.

No Quadro 17, estão descritas as principais deficiências de vitaminas e minerais e possíveis causas⁵¹.

Quadro 17 - Deficiências de vitaminas e minerais e possíveis causas

Deficiência de Vitaminas e Minerais	
Possíveis causas	Parâmetros recomendados pelas principais diretrizes
Presença de comorbidades	Vitaminas do complexo B (especialmente B1, B9 e B12)
Inflamação associada à obesidade	Vitaminas lipossolúveis (A, D, E, K)
Efeitos colaterais de medicamentos	Cálcio, ferro, zinco e cobre
História de sucessivas dietas restritivas	

Fonte: Adaptado de MECHANICK et al. (2019, p.37)⁵¹.

- e) **Avaliação psicológica** - Transtornos do humor, do comportamento alimentar e outros relevantes para o tratamento cirúrgico são abordados, orientados e tratados, se presentes. É avaliada a capacidade do paciente em aderir ao plano que envolve o tratamento através da cirurgia Bariátrica, além da história psicossocial e clínica, descrição do tempo de psicoterapia, ferramentas e estratégias utilizadas e evolução do paciente¹⁷.

Fase Secundária

Cumprida a fase inicial e havendo indicação e concordância para o tratamento cirúrgico, é prosseguida a avaliação pré-operatória, conforme necessidade clínica^{17,40,51}:

- a) **Avaliação cardiológica** – Para avaliação de risco cardíaco onde são solicitados exames como eletrocardiograma, ecocardiograma, cintilografia, e Holter 24hs.
- b) **Avaliação respiratória** – São solicitados exames como a radiografia de tórax e as provas de função respiratória para o diagnóstico e orientação quanto ao quadro respiratório. Nos pacientes portadores de apneia de sono grave, é recomendável a realização de polissonografia, para a avaliação da indicação de uso do suporte respiratório.
- c) **Avaliação endoscópica** – Para o diagnóstico de doenças do trato gastrointestinal e pesquisa de H. pylori é solicitada endoscopia digestiva alta. Quando encontrada essa bactéria, a infecção deve ser erradicada no pré-operatório.

- d) **Avaliação ultrassonográfica** – Para o diagnóstico de colelitíase e esteatose hepática, presentes num percentual elevado de pacientes obesos, é solicitado USG abdominal total.

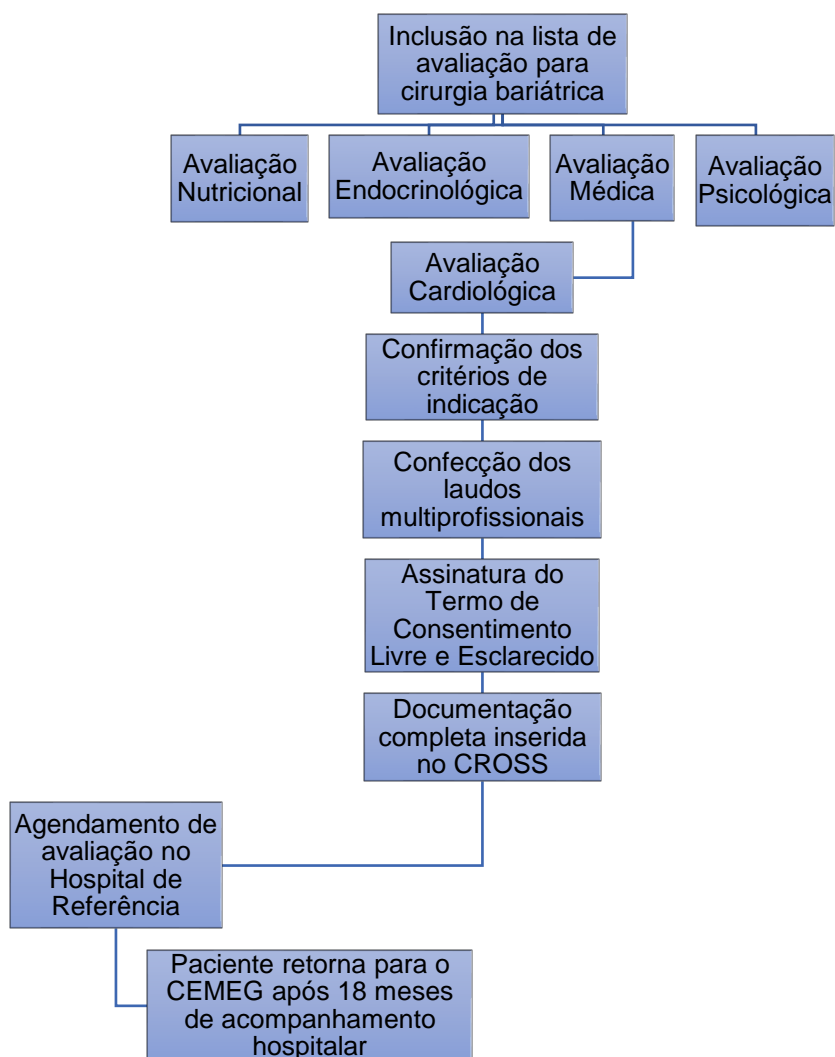
Fase Final

Finalizada a avaliação pré-operatória, é prosseguido o processo de encaminhamento com as seguintes etapas:

- a) Confirmação dos critérios de indicação para a cirurgia bariátrica.
- b) Confecção dos laudos multiprofissionais, indicando a falha no acompanhamento clínico, a gravidade das comorbidades e a indicação cirúrgica.
- c) Assinatura do “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”, no qual o paciente é informado sobre os aspectos éticos e legais do procedimento e as possíveis complicações da cirurgia, e estabelecido o compromisso do paciente em fazer o acompanhamento pós-operatório adequado.
- d) A Documentação completa do paciente (ficha de avaliação médica, pareceres dos especialistas, dados clínicos e resumo clínico, documentos pessoais, termo de consentimento livre e esclarecido) é inserida na Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde (CROSS).
- e) Após agendamento a Secretária Municipal da Saúde devolve a documentação completa junto com a filipeta de agendamento para serem entregues ao paciente, que deverão ser levados no dia da consulta de avaliação no hospital referenciado.

Na Figura 9, está descrito o fluxo de encaminhamento do paciente com indicação para cirurgia bariátrica.

Figura 9 - Fluxo de encaminhamento do paciente com indicação para cirurgia bariátrica



Fonte: O autor.

Assistência pós-operatória no tratamento cirúrgico da obesidade

A assistência pós-operatória no tratamento cirúrgico da obesidade grau III e grau II com comorbidades deve garantir a continuidade do tratamento por equipe multiprofissional até 18 meses, em nível Hospitalar. No primeiro ano pós-operatório, diante da perda de peso mais relevante e aguda, o acompanhamento deverá ser mais frequente, conforme descrito na Figura 10²⁵.

Figura 10 - Consultas de acompanhamento no período pós-operatório e exames pós-operatórios²⁵

CONSULTAS DE ACOMPANHAMENTO NO PERÍODO PÓS-OPERATÓRIO E EXAMES PÓS-OPERATÓRIOS
Entre 15 a 30 dias (1º mês) Consulta com cirurgião e nutricionista.
No 2º mês Consulta com cirurgião, nutricionista e psicólogo. Exames pós-operatórios.
No 3º mês Consulta com clínico, psicólogo e nutricionista.
No 4º mês Consulta com clínico, nutricionista e psicólogo.
No 6º mês Consulta com cirurgião, nutricionista e psicólogo. Exames pós-operatórios.
No 9º mês Consulta com clínico/endocrinologista, nutricionista e psicólogo. Exames pós-operatórios.
Entre 12º e 15º meses Consulta com cirurgião, clínico/endocrinologista, nutricionista e psicólogo. Exames pós-operatórios.
18º mês Consulta com cirurgião, clínico/endocrinologista, nutricionista e psicólogo. Exames pós-operatórios.

Figura 10. Fonte: Adaptado de BRASIL (2013, p.6)²⁵.

Indicações para cirurgia plástica reparadora

O paciente com aderência ao acompanhamento pós-operatório poderá ser submetido à cirurgia plástica reparadora do abdômen, das mamas e de membros, conforme orientações para indicação de cirurgia plástica reparadora pós-cirurgia bariátrica, definidas pelo Ministério da Saúde em portaria específica²⁵.

Acompanhamento no Núcleo de Tratamento de Obesidade pós-operatório

Após acompanhamento pós-operatório em nível Hospitalar o paciente será contra referenciado novamente para os Núcleos de Tratamento de Obesidade do município e seguirá em acompanhamento, conforme necessidade clínica. A alta da atenção especializada para atenção básica se dará por avaliação individual do paciente em reunião de matriciamento entre a equipe do núcleo e as equipes da APS.

REFERÊNCIAS¹

1. World Health Organization (WHO). Obesity and overweight. Fact sheet no 311. [place unknown]: WHO; 2021 [citado 23 jan. 2023]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>.
2. John GK, Wang L, Nanavati J, Twose C, Singh R, Mullin G. Dietary alteration of the gut microbiome and its impact on weight and fat mass: a systematic review and meta-analysis. *Genes (Basel)*. 2018 Mar 16;9(3):167. doi: 10.3390/genes9030167.
3. Lafortuna CL, Tovar AR, Rastelli F, Tabozzi SA, Caramenti M, Orozco-Ruiz X, et al. Clinical, functional, behavioural and epigenomic biomarkers of obesity. *Front Biosci (Landmark Ed)*. 2017 Jun 1;22(10):1655-81. doi: 10.2741/4564.
4. Okeke F, Roland BC, Mullin GE. The role of the gut microbiome in the pathogenesis and treatment of obesity. *Glob Adv Health Med*. 2014 May;3(3):44-57. doi: 10.7453/gahmj.2014.018.
5. Loos RJF, Yeo GSH. The genetics of obesity: from discovery to biology. *Nat Rev Genet*. 2022 Feb;23(2):120-33. doi: 10.1038/s41576-021-00414-z.
6. Chaput JP, Doucet E, Tremblay A. Obesity: a disease or a biological adaptation? An update. *Obes Rev*. 2012 Aug;13(8):681-91. doi: 10.1111/j.1467-789X.2012.00992.x.

¹ De acordo com Estilo Vancouver.

7. Sarma S, Sockalingam S, Dash S. Obesity as a multisystem disease: Trends in obesity rates and obesity-related complications. *Diabetes Obes Metab.* 2021 Feb;23 Suppl 1:3-16. doi: 10.1111/dom.14290.
8. Dwivedi AK, Dubey P, Cistola DP, Reddy SY. Association Between Obesity and Cardiovascular Outcomes: Updated Evidence from Meta-analysis Studies. *Curr Cardiol Rep.* 2020 Mar 12;22(4):25. doi: 10.1007/s11886-020-1273-y.
9. 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.* 2020 Apr;26(4):485-97. doi: 10.1038/s41591-020-0803-x.
10. Albury C, Strain WD, Brocq SL, Logue J, Lloyd C, Tahrani A, et al. The importance of language in engagement between health-care professionals and people living with obesity: a joint consensus statement. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2020 May;8(5):447-55. doi: 10.1016/S2213-8587(20)30102-9.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Portaria nº 53, de 11 de novembro de 2020. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Sobrepeso e Obesidade em Adultos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2020 [citado 23 jan. 2023]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sctie/2020/prt0053_13_11_2020.html.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil 2019: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2020.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2021 [citado 18 jan. 2023]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf.
14. Jones A, Hardman CA, Lawrence N, Field M. Cognitive training as a potential treatment for overweight and obesity: A critical review of the evidence. *Appetite.* 2018 May 1;124:50-67. doi: 10.1016/j.appet.2017.05.032.

15. Cooper Z, Doll HA, Hawker DM, Byrne S, Bonner G, Eeley E, et al. Testing a new cognitive behavioural treatment for obesity: A randomized controlled trial with three-year follow-up. *Behav Res Ther.* 2010 Aug;48(8):706-13. doi: 10.1016/j.brat.2010.03.008.
16. Jacob A, Moullec G, Lavoie KL, Laurin C, Cowan T, Tisshaw C, et al. Impact of cognitive-behavioral interventions on weight loss and psychological outcomes: A meta-analysis. *Health Psychol.* 2018 May;37(5):417-32. doi: 10.1037/hea0000576.
17. Gelonese B, Salles JEN, Lima JG, Mancini MC, Carra MK. *Tratado de obesidade.* 3a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021.
18. Malta DC, Silva AG, Tonaco LAB, Freitas MIF, Velasquez-Melendez G. Tendência temporal da prevalência de obesidade mórbida na população adulta brasileira entre os anos de 2006 e 2017. *Cad Saúde Pública.* 2019;35(9):e00223518. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00223518>.
19. Nilson EAF, Andrade RCS, Brito DA, Oliveira ML. Custos atribuíveis a obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2018. *Rev Panam Salud Pública.* 2020;44:e32. doi: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.32>.
20. Flint S. Obesity stigma: Prevalence and impact in healthcare. *Br J Obesity.* 2015;1(1):14-8.
21. Ross R, Neeland IJ, Yamashita S, Shai I, Seidell J, Magni P, et al. Waist circumference as a vital sign in clinical practice: a Consensus Statement from the IAS and ICCR Working Group on Visceral Obesity. *Nat Rev Endocrinol.* 2020 Mar;16(3):177-89. doi: 10.1038/s41574-019-0310-7.
22. Weltman A, Levine S, Seip RL, Tran ZV. Accurate assessment of body composition in adult obese females. *Am J Clin Nutr.* 1988 Nov;48(5):1179-83. doi: 10.1093/ajcn/48.5.1179.
23. Weltman A, Seip RL, Tran ZV. Practical assessment of body composition in adult obese males. *Hum Biol.* 1987 Jun;59(3):523-55.
24. Woolcott OO, Bergman RN. Relative fat mass (RFM) as a new estimator of whole-body fat percentage — A cross-sectional study in American adult individuals. *Sci Rep.* 2018 Jul 20;8(1):1-11. doi: 10.1038/s41598-018-29362-1.

25. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2013.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 62, de 6 de janeiro de 2017. Altera as Portarias nº 424/GM/MS de 19 de março de 2013, que redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas e nº 425/GM/MS de 19 de março de 2013, que estabelece o regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2017.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35). [citado 18 jan. 2023]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cr_onica_cab35.pdf.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 38). [citado 18 jan. 2023]. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Guia alimentar para a população brasileira. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014 [citado 10 jan. 2023]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Universidade Federal de Minas Gerais. Instrutivo: metodologia de trabalho em grupos para ações de alimentação e nutrição na atenção básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2016 [citado 18 jan. 2023]. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/instrutivo_metodologia_trabalho_alimentacao_nutricao_atencao_basica.pdf.
31. Brasil. Ministério da Saúde. Desmistificando dúvidas sobre alimentação e nutrição: material de apoio para profissionais de saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2016 [citado 18 jan. 2023]. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desmistificando_duvidas_sobre_alimentacao_nutricao.pdf.

32. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2021 [citado 18 jan. 2023]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf.

33. Brasil. Ministério da Saúde. Universidade Federal de Minas Gerais. Instrutivo para manejo da obesidade no Sistema Único de Saúde: caderno de atividades educativas. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2021.

34. Brasil. Ministério da Saúde. Universidade Federal de Minas Gerais. Instrutivo de Abordagem Coletiva para manejo da obesidade no SUS. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2021 [citado 18 jan. 2023]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/instrutivo_abordagem_coletiva.pdf.

35. Prochaska JO, Di Clemente CC, Norcross JC. In search of how people change applications to addictive behaviors. *Am Psychol.* 1992 Sep;47(9):1102-14. doi: 10.1037//0003-066x.47.9.1102.

36. Wharton S, Lau DCW, Vallis M, Sharma AM, Biertho L, Campbell-Scherer D, et al. Obesity in adults: a clinical practice guideline. *CMAJ.* 2020 Aug 4;192(31):E875-E891. doi: 10.1503/cmaj.191707.

37. Ryan DH, Kahan S. Guideline recommendations for obesity management. *Med Clin North Am.* 2018 Jan;102(1):49-63. doi: 10.1016/j.mcna.2017.08.006.

38. Alvarenga M, Figueiredo M, Timerman F, Antonaccio CMA. *Nutrição comportamental.* São Paulo: Manole; 2015.

39. Malta DC, Gonçalves RPF, Machado IE, Freitas MIF, Azevedo C, Szwarcwald CL. Prevalência da hipertensão arterial segundo diferentes critérios diagnósticos, Pesquisa Nacional de Saúde. *Rev Bras Epidemiol.* 2018;21 (supl 1):e180021. doi: 10.1590/1980-549720180021.supl.1.

40. Coppini LZ. *Nutrição e metabolismo em cirurgia metabólica e bariátrica.* Rio de Janeiro: Editora Rubio; 2015.

41. Faludi AA, Izar MCO, Saraiva JFK, Chacra APM, Bianco HT Afiune Neto A, et al. Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. *Arq Bras Cardiol.* 2017;109(suppl 1):1-76. doi: 10.5934/abc.20170121.
42. Gordon C.C, Chumlea WC, Roche AF. Stature, recumbent length, and weight. In: Lohman TG. *Anthropometric standardization reference manual.* Champaign: Human Kinetics Books; 1991. p. 3-8.
43. Cuppari L. *Nutrição clínica no adulto.* 4a ed. Barueri: Manole; 2019.
44. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO). Posicionamento sobre o tratamento nutricional do sobrepeso e da obesidade: departamento de nutrição da Associação Brasileira para o estudo da obesidade e da síndrome metabólica (ABESO - 2022). 1a ed. São Paulo: Abeso; 2022.
45. Peduzzi M, Oliveira MAC, Silva JAM, Agreli HLF, Miranda Neto MV. Trabalho em equipe, prática e educação interprofissional. In: Martins MA, Carrilho FJ, Alves VAF. *Clínica médica: atuação da clínica, sinais e sintomas de natureza sistêmica, medicina preventiva, saúde da mulher, envelhecimento e geriatria.* Barueri: Manole; 2016. Vol. 1, p. 171-9.
46. Beck JS. *Terapia cognitivo-comportamental.* Porto Alegre: Artmed; 2013.
47. Bieling PJ, McCabe RE, Antony MM. *Terapia cognitivo-comportamental em grupos.* Porto Alegre: Artmed; 2009.
48. Bandura A, Azzi RG, Polydoro S. *Teoria social cognitiva: conceitos básicos.* Porto Alegre: Artmed; 2008.
49. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. *Guia de atividade física para a população brasileira.* Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2021.
50. Brasil. Ministério da Saúde. Universidade Federal de Minas Gerais. *Instrutivo: na cozinha com as frutas, legumes e verduras.* Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2016 [citado 22 set. 2022]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cozinha_frutas_legumes_verduras.pdf.

51. Mechanick JI, Apovian C, Brethauer S, Garvey WT, Joffe AM, Kim J, et al. Clinical practice guidelines for the perioperative nutrition, metabolic, and nonsurgical support of patients undergoing bariatric procedures - 2019 update: cosponsored by american association of clinical endocrinologists/american college of endocrinology, the obesity society, american society for metabolic & bariatric surgery, obesity medicine association, and american society of anesthesiologists - *executive summary*. Endocr Pract. 2019 Dec;25(12):1346-59. doi: 10.4158/GL-2019-0406.