

INSTRUTIVO DE ABORDAGEM
INDIVIDUAL PARA MANEJO
DA OBESIDADE NO SUS

Brasília - DF
2024



MINISTÉRIO DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

INSTRUTIVO DE ABORDAGEM INDIVIDUAL
PARA O MANEJO DA OBESIDADE NO SUS



Brasília – DF
2024

2024 Ministério da Saúde. Universidade Federal de Minas Gerais.



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

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

Tiragem: 1ª edição - 2024 - 15.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Departamento de Promoção da Saúde
Esplanada dos Ministérios, bloco G, Edifício Sede, 7º andar
CEP: 70058-900 - Brasília/DF
Tel.: (61) 3315-9031
Site: <https://aps.saude.gov.br/>
E-mail: aps@saude.gov.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Escola de Enfermagem
Departamento de Nutrição
Grupo de Pesquisa de Intervenções em Nutrição
Av. Alfredo Balena, 190,
CEP: 30130-100 - Santa Efigênia/MG
Site: <http://www.enf.ufmg.br/>
E-mail: ufmg.gin@gmail.com

Supervisão Geral:

Gisele Ane Bortolini - Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde

Aline Cristine Souza Lopes - Grupo de Pesquisa de Intervenções em Nutrição (GIN/UFMG) do Departamento de Nutrição da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

Elaboração do texto:

Aline Cristine Souza Lopes - Grupo de Pesquisa de Intervenções em Nutrição (GIN/UFMG) do Departamento de Nutrição da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

Angélica Ribeiro e Silva - Universidade Federal de Minas Gerais

Camila Kümmel Duarte - Departamento de Nutrição da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

Clareci Silva Cardoso - Faculdade de Medicina da Universidade Federal de São João Del-Rei

Débora Jubilini - Profissional de Educação Física do eNASF-AP da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte/BH

Maria Cecília Ramos de Carvalho - Universidade Federal de Minas Gerais

Maria Natacha Toral Bertolin - Departamento de Nutrição da Universidade de Brasília

Mariana Carvalho de Menezes - Departamento de Nutrição Clínica e Social da Universidade Federal de Ouro Preto/MG

Mariana Souza Lopes - Universidade Federal de Minas Gerais

Nathália Luiza Ferreira - Departamento de Nutrição da Universidade Federal de Lavras

Patrícia Pinheiro de Freitas - Universidade Federal de Minas Gerais

Priscila Lenita Cândida dos Santos - Universidade Federal de Minas Gerais

Suellen Fabiane Campos - Universidade Federal de Minas Gerais e Nutricionista do eNASF-AP da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte/BH

Thanise Sabrina Souza Santos - Universidade Federal de Minas Gerais

Revisão técnica geral:

Ana Luísa Souza de Paiva Moura - Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde

Colaboração:

Ana Maria Cavalcante de Lima - Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde

Ana Maria Spaniol - Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde

Ariene Silva do Carmo - Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde

Gabriella Carrilho Lins de Andrade - Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde

Dalila Tusset - Coordenação-Geral de Promoção da Atividade Física e Ações Intersetoriais do Ministério da Saúde

Jéssica Pedrosa da Silva - Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde

Maria de Fátima Cruz Correia de Carvalho - Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde

Paloma Abelin Saldanha Marinho - Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde

Paula Fabricio Sandreschi - Coordenação-Geral de Promoção da Atividade Física e Ações Intersetoriais do Ministério da Saúde

Sara Araújo da Silva - Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde

Thaís Fonseca Veloso de Oliveira - Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde

Sofia Wolker Manta - Coordenação-Geral de Promoção da Atividade Física e Ações Intersetoriais do Ministério da Saúde

Projeto gráfico e diagramação:

Destileria de Ideias

Imagens:

Freepik, Depositphotos

Normalização:

Delano de Aquino Silva - Editora MS/CGDI

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde.

Instrutivo de Abordagem Individual para o manejo da obesidade no SUS / Ministério da Saúde, Universidade Federal de Minas Gerais - Brasília : Ministério da Saúde, 2024.

192 p.: il.

ISBN 978-65-5993-604-5

1. Obesidade. 2. Manejo da obesidade. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Educação em saúde. I. Título. II. Universidade Federal de Minas Gerais.

CDU 616.39

Catalogação na fonte - Coordenação-Geral de Documentação e Informação - Editora MS - OS 2022/0494

Título para indexação:

Instructive of Individual Approach for the obesity management in SUS

SUMÁRIO

PREFÁCIO	5
APRESENTAÇÃO	7
1 CUIDANDO DA PESSOA COM OBESIDADE NO SUS	9
2 PERSPECTIVA TEÓRICA NA ABORDAGEM INDIVIDUAL DA PESSOA COM OBESIDADE	21
2.1 Método Clínico Centrado na Pessoa.....	21
2.2 Aconselhamento em Saúde.....	23
2.3 Modelo Transteórico.....	26
2.4 Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC).....	28
2.5 Entrevista Motivacional (EM).....	30
2.6 Autocuidado Apoiado.....	32
3 DESAFIOS NO CUIDADO DE PESSOAS COM OBESIDADE	35
3.1 Desafio 1: Comunicação em saúde.....	36
3.2 Desafio 2: Adesão ao tratamento.....	41
3.3 Desafio 3: Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP).....	43
3.4 Desafio 4: Suporte social e apoio ao tratamento.....	44
3.5 Desafio 5: Gerenciamento do peso corporal.....	45
3.6 Desafio 6: Estrutura do serviço de saúde e processos de trabalho.....	47
4 ABORDAGEM INDIVIDUAL DA PESSOA COM OBESIDADE NO SUS	56
4.1 Tipos de abordagem individual.....	56
4.1.1 Atendimento Individual Específico.....	56
4.1.2 Atendimento Compartilhado.....	57
4.1.3 Atendimento Domiciliar.....	57
4.1.4 Projeto Terapêutico Singular (PTS).....	58
4.1.5 Clínica Ampliada.....	59
4.2 Manejo da obesidade baseado em Protocolos Clínicos de Diretrizes Terapêuticas.....	63
4.2.1 Consumo alimentar.....	65
4.2.2 Atividade física.....	66
4.2.3 Abordagem do comportamento.....	67
5 AVALIAÇÃO DA PESSOA COM OBESIDADE	71
5.1 Vigilância Alimentar e Nutricional.....	71
5.2 Avaliação abrangente do/a usuário/a.....	73
5.2.1 Avaliação Nutricional.....	74
5.2.2 Avaliação do comportamento relativo à redução do peso corporal.....	83
5.2.3 Avaliação de comorbidades no manejo da obesidade.....	84
5.2.4 Avaliação da atividade física no cuidado da pessoa com obesidade.....	86
5.2.5 Ambiente alimentar e de prática de atividade física.....	86
5.3 Tratamento cirúrgico da obesidade.....	88
5.4 Proposta de avaliação abrangente do/a usuário/a com obesidade.....	90

5.4.1	Estratificação de Grupos para Manejo da Obesidade.....	90
5.4.2	Anamnese inicial.....	91
6	ABORDAGEM INDIVIDUAL DA PESSOA	
	COM OBESIDADE NA PRÁTICA.....	104
6.1	Abordagem individual do/a usuário/a com obesidade.....	104
6.2	Abordagem individual pautada na Estratégia de Cuidado para a Pessoa com Obesidade no SUS.....	109
6.3	Manejo da obesidade segundo a prontidão de mudança para redução do peso corporal.....	112
6.4	Abordagem individual básica e intensiva no cuidado da pessoa com obesidade.....	118
6.5	Orientações para o cuidado da pessoa com obesidade.....	120
6.5.1	Aconselhamento nutricional.....	120
6.5.2	Aconselhamento para prática de atividade física.....	123
6.5.3	Abordagem do comportamento.....	124
6.6	Organização da abordagem individual da pessoa com obesidade.....	128
6.7	Encaminhamento para o/a nutricionista.....	134
6.8	Devolutivas dos casos para as equipes.....	135
6.9	Alta do acompanhamento individual.....	138
7	ABORDAGEM NUTRICIONAL	
	INDIVIDUAL NA PRÁTICA DO/A NUTRICIONISTA.....	146
7.1	Contribuições do/a nutricionista no cuidado individual da pessoa com obesidade.....	146
7.2	Estruturação do acompanhamento nutricional individual.....	148
7.3	Proposição de acompanhamento nutricional individual.....	156
7.3.1	Primeira consulta e primeiro retorno.....	157
7.3.2	Consultas subsequentes.....	158
8	ESTUDOS DE CASO SOBRE A	
	ABORDAGEM INDIVIDUAL DA PESSOA COM OBESIDADE.....	165
	APÊNDICE.....	174
	Apêndice A - Simulação de caso.....	175
	ANEXOS.....	184
	Anexo A - Escala de Compulsão Alimentar Periódica (Ecap).....	185
	Anexo B - Estratificação de grupos para manejo da obesidade.....	189
	Anexo C - Estratégia de Cuidado da Pessoa com Obesidade na Atenção Primária.....	191
	Anexo D - Estratégia de Cuidado da Pessoa com Obesidade na Atenção Especializada.....	192

PREFÁCIO

O Instrutivo de Abordagem Individual para o Manejo da Obesidade no SUS é produto da parceria entre o Grupo de Pesquisa de Intervenções em Nutrição da Universidade Federal de Minas Gerais (GIN/UFMG) e a Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição do Departamento de Prevenção e Promoção da Saúde da Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde (CGAN/DEPPROS/SAPS/MS) para a inovação e qualificação do manejo da obesidade no Sistema Único de Saúde (SUS).

Para alcançar este objetivo foram também elaborados os livros: “Material Teórico para Suporte ao Manejo da Obesidade no Sistema Único de Saúde”, que apresenta abordagens teóricas e ferramentas empregadas no cuidado da pessoa com obesidade; “Instrutivo de Abordagem Coletiva para Manejo da Obesidade no SUS” e o “Instrutivo para Manejo da Obesidade no Sistema Único de Saúde: Caderno de Atividades Educativas”. Estes livros propõem a Estratégia de Cuidado da Pessoa com Obesidade no SUS e apresentam abordagens coletivas que consideram a prontidão de mudança do/a usuário/a para redução do peso corporal e a gravidade da condição de obesidade.

Se a abordagem coletiva favorece a troca de experiências e o apoio mútuo, otimiza o tempo de trabalho e proporciona maior troca de saberes; a abordagem individual favorece a escuta individualizada, e o aprofundamento de questões individuais com maior privacidade. Juntas são importantes estratégias para enfrentar a complexidade que envolve o manejo da obesidade. Dessa forma, este Instrutivo de Abordagem Individual complementa esta série de livros. Ele foi construído a partir de evidências científicas e propõe uma abordagem teórico-prática para a condução de atendimentos individuais de usuários/as com obesidade a partir da Estratégia de Cuidado da Pessoa com Obesidade no SUS e das recomendações do Protocolo de Diretrizes Clínicas e Terapêuticas (PCDT) para Sobrepeso e Obesidade em Adultos.

Ressalta-se, no entanto que, independente da abordagem terapêutica, é essencial o acolhimento do/a usuário/a, a construção de vínculo e a humanização do cuidado. Estas ações tem o intuito de transformar possíveis narrativas preconceituosas, estigmatizantes, culpabilizadoras e discriminatórias. Ademais, a força do trabalho conjunto promovida pela prática colaborativa interprofissional deve ser elemento central para a abordagem integral

do/a usuário/a. Diferentes categorias de profissionais de saúde possuem papéis importantes e complementares no manejo da obesidade; e todos/as juntos/as podem utilizar ferramentas e estratégias variadas, que se complementam, contribuindo para a inovação das ações de educação em saúde, e de educação alimentar e nutricional no SUS.

Esperamos que este Instrutivo de Abordagem Individual seja uma ferramenta de suporte e apoio para você e a sua equipe de saúde no manejo da obesidade, uma das prioridades globais de saúde pública. Boa leitura!

Universidade Federal de Minas Gerais

APRESENTAÇÃO

A obesidade é uma condição multifatorial e complexa que engloba diferentes dimensões: biológica, social, cultural, comportamental, de saúde pública e política. Sabe-se que o principal elemento para o aumento da prevalência da obesidade nas populações é o ambiente cada vez mais obesogênico, promotor ou facilitador de escolhas alimentares não saudáveis e de comportamentos sedentários, que dificulta a adoção e a manutenção de hábitos alimentares saudáveis e a prática regular de atividade física.

Atualmente, estima-se que 60% dos adultos brasileiros têm excesso de peso e 1 em cada 4 possui obesidade. No entanto, das pessoas atendidas na Atenção Primária à Saúde (APS), apenas 2,3% têm o problema/condição avaliada como obesidade. É importante destacar que a condição de obesidade apresenta importantes repercussões para a saúde e a nutrição das pessoas, inclusive como fator de risco para doenças crônicas não transmissíveis, como câncer, diabetes, hipertensão arterial e doenças cardiovasculares.

Por ser um agravo de natureza multifatorial, a atenção integral à pessoa com obesidade é complexa e um grande desafio para os profissionais e gestores de saúde nos diversos pontos da Rede de Atenção à Saúde. Dentre as estratégias necessárias para a superação deste desafio está a qualificação profissional, tendo como base abordagens individuais e coletivas contínuas, integradas, colaborativas, efetivas e baseadas em evidências científicas.

Foi neste sentido que a Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde (CGAN/DEPPROS/SAPS/MS) estabeleceu uma parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), para o desenvolvimento de um Instrutivo de Abordagem Individual para o Manejo da Obesidade no SUS com o objetivo de apoiar as equipes e profissionais de saúde.

No primeiro capítulo, é apresentado o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) e a comunicação centrada no/a usuário/a como estratégias importantes para a prática colaborativa profissional e maior adesão do/a usuário/a ao tratamento.

O segundo capítulo traz os elementos teóricos empregados no Instrutivo: Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), Aconselhamento em saúde, Modelo Transteórico, Terapia Cognitivo-Comportamental e Entrevista Motivacional, e Autocuidado Apoiado.

No terceiro capítulo são discutidos alguns desafios que envolvem o cuidado da pessoa com obesidade e possíveis caminhos para superá-los: comunicação em saúde, adesão ao tratamento, Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP), suporte social e apoio ao tratamento, gerenciamento do peso corporal e estrutura do serviço de saúde e trabalho da equipe.

O quarto capítulo apresenta os tipos de abordagem individual que podem ser realizados e as diretrizes terapêuticas baseadas em evidências científicas estabelecidas para o cuidado da pessoa com obesidade no âmbito do consumo alimentar, da prática de atividade física e dos comportamentos de saúde, a partir das recomendações do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Ministério da Saúde.

O quinto capítulo traz orientações sobre como realizar a avaliação abrangente do/a usuário/a com obesidade, considerando a avaliação nutricional, antropométrica, clínica, bioquímica, comportamental, de comorbidades, atividade física e do ambiente.

O sexto capítulo traz orientações sobre como colocar a abordagem individual da pessoa com obesidade em prática, considerando desde a identificação, acolhimento e avaliação da prontidão de mudança até a elaboração conjunta e realização de um Plano de Cuidados. Também traz informações sobre como organizar o cuidado, considerando a rotina do serviço de saúde e os encaminhamentos para outros pontos da Rede de Atenção, se necessário.

O sétimo capítulo é dirigido às práticas do/a nutricionista no cuidado individual da pessoa com obesidade, abordando a estruturação do acompanhamento nutricional individual, proposição de acompanhamento nutricional individual e a autonomia do/a usuário/a para o seu cuidado nutricional.

No oitavo e último capítulo são apresentados estudos de caso para ilustrar como implementar a abordagem individual da pessoa com obesidade.

Espera-se que os conteúdos aqui abordados apoiem a implementação, por profissionais de saúde e gestores do SUS, de estratégias e ações que garantam uma abordagem individual das pessoas com obesidade qualificada, respeitosa e efetiva.

Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição
Departamento de Prevenção e Promoção da Saúde
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Ministério da Saúde

CUIDANDO DA PESSOA COM OBESIDADE NO SUS

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a obesidade se caracteriza pelo acúmulo de gordura corporal, tradicionalmente medido pelo Índice de Massa Corporal (IMC). Pessoas adultas com IMC igual ou superior a 30,0 kg/m² são consideradas com obesidade (WHO, 2000). Apesar de aumentar o risco de doenças e ter consequências para a saúde mental, qualidade de vida e mortalidade (Jia *et al.*, 2016), a obesidade não é apenas um fator de risco. Desde 2016, consta no Código Internacional de Doenças (CID) como uma doença endócrina, nutricional e metabólica com repercussões à saúde (CID-10: E66.0-E66.9) (WHO, 2016).

A obesidade é uma doença crônica de fisiopatologia complexa e etiologia multifatorial, o que dificulta que intervenções comportamentais ou clínicas de curto prazo sejam suficientes (Blüher, 2019). Além dos aspectos biológicos, econômicos, sociais e culturais (Brasil, 2014a), o padrão alimentar contemporâneo, caracterizado pelo consumo de alimentos ultraprocessados em detrimento dos *in natura* ou minimamente processados (Monteiro *et al.*, 2019), associado à redução no nível de atividade física, possui papel chave na sua etiologia (Guthold *et al.*, 2018).

Diante dos desafios do manejo da obesidade, o sistema de saúde deve se organizar para ofertar ações contínuas e articuladas na Rede de Atenção à Saúde (RAS) (Brasil, 2021a). O Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), proposto por Mendes (2012), se destaca pela sua aplicabilidade ao SUS (**Box 1.1**) (Brasil, 2021a; Mendes, 2012).

BOX 1.1 | **MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS (MACC) NO CUIDADO DA OBESIDADE**

MACC adaptado para o manejo da obesidade se baseia em **(Figura 1.1)**:

- Pirâmide de riscos: população subdivida em estratos de risco segundo o grau de excesso de peso, hábitos alimentares, comorbidades e indicação cirúrgica de tratamento
- Determinação social de saúde: inclui os cinco níveis de determinação social da saúde
- A seguir, os cinco níveis de intervenção oportunos para cada nível de risco e determinação da saúde, que devem implementados a partir da atenção multiprofissional

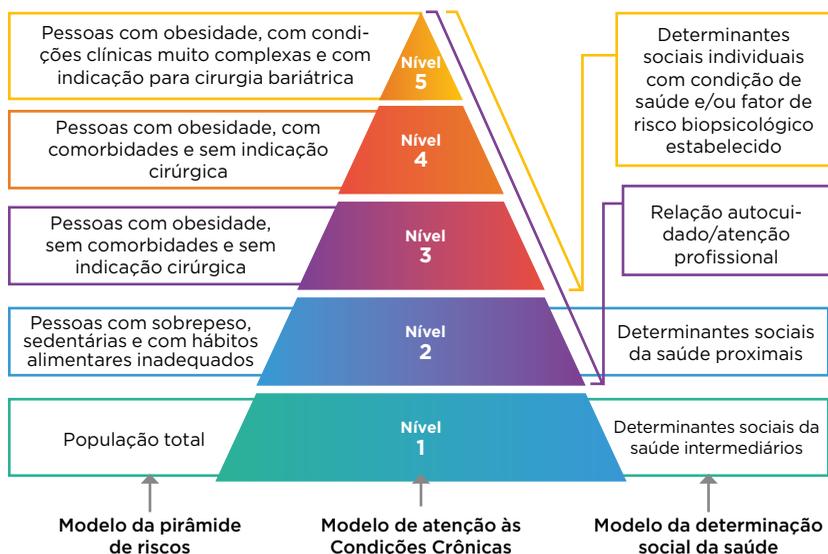
Nível 1: Promoção da saúde

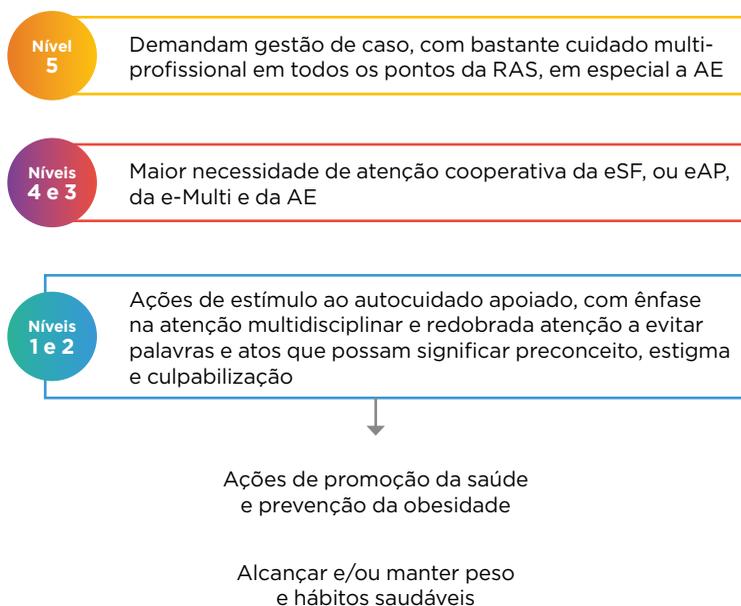
Nível 2: Prevenção

Níveis 3 e 4: Gestão da condição de obesidade

Nível 5: Gestão do caso

Figura 1.1 - MACC no cuidado do/a usuário/a com obesidade no Sistema Único de Saúde



BOX 1.1 | MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS (MACC) NO CUIDADO DA OBESIDADE**Intervenções:**

Fonte: Brasil, 2021a (adaptado a partir de Mendes, 2012).

Nota: AE: Atenção Especializada; eSF: equipe de Saúde da Família; RAS: Rede de Atenção à Saúde; MACC: Modelo de Atenção às Condições Crônicas. *Indicação para cirurgia bariátrica: Indivíduos com IMC ≥ 50 Kg/m², independentemente de comorbidades e tratamentos prévios; indivíduos com IMC ≥ 40 Kg/m² (com ou sem comorbidades) ou com IMC > 35 Kg/m² (com comorbidades), desde que tenham realizado tratamento clínico longitudinal na APS ou AE sem sucesso, por no mínimo 2 anos.

O MACC favorece a oferta de estratégias mais efetivas e integradas na RAS (Brasil, 2021a; Mendes, 2012), sobretudo se pautadas na prática colaborativa e interprofissional. É essencial que as equipes trabalhem de forma articulada e com uma comunicação regular e horizontal, na qual todos/as tenham igual voz e importância, e que compartilhem objetivos e visões sobre o cuidar, superando a atuação fragmentada (Mendes, 2012; OPAS, 2013).



PARA SABER MAIS

SOBRE O MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS (MACC):

Capítulos 5, 6 e 7 do livro: MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família. Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília, 2012.

Capítulo 1 do Instrutivo: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Instrutivo de Abordagem Coletiva para Manejo da Obesidade no Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. 145 p.

Para a aplicação do MACC no manejo da obesidade, os/as profissionais de saúde devem aproveitar as oportunidades de encontro com o/a usuário/a (ex.: consultas programadas, visitas domiciliares, a presença na unidade como acompanhante, etc.) para acolhê-lo/la de forma respeitosa e empática. É imprescindível compreender as pessoas com obesidade como seres humanos multifacetados com vidas complexas, fatores estressores e obrigações fora do espaço de cuidado à saúde; devendo essa compreensão percorrer todo o processo de cuidado.

As equipes de Saúde da Família (eSF) ou equipes de Atenção Primária (eAP) possuem grande potencial para executar ações de manejo da obesidade devido sua proximidade com o cotidiano dos/as usuários/as e por serem responsáveis pelo primeiro contato e matriciamento dos casos (Braga *et al.*, 2020). O apoio matricial é um método de organização da prática colaborativa interprofissional que preconiza condutas pautadas no apoio clínico-assistencial e no suporte técnico-pedagógico. A sua implementação pressupõe troca de saberes, construção partilhada de intervenções e corresponsabilização da equipe (Burlandy *et al.*, 2020; Santos, 2017; Castro; Campos, 2016). Dessa forma, constitui o cerne para o adequado manejo da obesidade (Brasil, 2017).

Para conhecer sobre a atribuição de cada membro da equipe no cuidado da pessoa com obesidade, consulte o Capítulo 6.

E também importante lembrar que o/a usuário/a possui conhecimentos importantes sobre sua situação de vida e saúde. Desconsiderar o que ele/a tem a acrescentar ou opinar sobre sua avaliação e assistência a sua saúde é uma lógica vertical de interrelação pouco efetiva, que se distancia das práticas humanizadas em saúde e que pode impactar negativamente o vínculo e a adesão ao tratamento (Lacerda, 2019).



Outro aspecto importante é a habilidade de comunicação dos/as profissionais de saúde. É crucial que se comuniquem de maneira eficaz e respeitosa, trabalhando as informações de forma clara, coerente e contextualizada (Brasil, 2021a). Para isso, a comunicação centrada no/a usuário/a e focada na sua história de vida é crucial (Riedl; Schübler, 2017).

Muitos profissionais de saúde relatam dificuldades de comunicação na abordagem do/a usuário/a com obesidade. Embora esteja bem estabelecido que a obesidade é de origem multifatorial, ainda é comum supervalorizar os determinantes individuais, em detrimento dos ambientais e sociais. Considerá-la como responsabilidade ou escolha individual; e relacioná-la a estereótipos, como falta de força de vontade, de disciplina, de autocontrole e de autocuidado, são atitudes culpabilizadoras e estigmatizantes que devem ser evitadas (Pujl; Heuer, 2009; Teixeira *et al.*, 2012; Francisco; Diez-Garcia, 2015; Paim; Kovaleski, 2020).

Desenvolver habilidades de comunicação para abordar a pessoa com obesidade de forma empática e sensível, integrar suas perspectivas ao tratamento, explicar com simplicidade questões complexas envolvidas no controle do peso e indicar estratégias de tratamento efetivas é primordial. É importante jamais esquecer que esses corpos atravessam um determinado contexto que não é alheio aos seus estados de saúde (Wadden *et al.*, 2000; Anderson; Wadden, 2004; Forhan *et al.*, 2013; Alberga *et al.*, 2019; Hart *et al.*, 2021). São múltiplos os tipos de estigmas relativos à obesidade (**Quadro 1.1**) (Karasu, 2012; Lewis *et al.*, 2011), reconhecê-los é essencial para conscientizar dos seus efeitos negativos e mudar percepções e atitudes.

QUADRO 1.1 | TIPOS DE ESTIGMAS RELACIONADOS À OBESIDADE.

Explícito	<ul style="list-style-type: none">• Ser exposto/a publicamente a comentários depreciativos• Fazer insultos verbais, humor inapropriado e comentários insensíveis sobre o peso; utilizar imagens e termos negativos e depreciativos (ex.: “resistir à tentação”, “gordice”, “cabeça de gordo/a”, etc.) e que se baseiem em estereótipos sobre a pessoa com obesidade (ex.: “feia/o”, “burra/o”, “suja/o”, “sem caráter”, “fraca/o”, “preguiçosa/o”, “gulosa/o”, “descontrolada/o”, “hipersensível”, etc.)• Dar apelidos relativos ao peso, tamanho corporal, consumo alimentar e prática de atividade física
Ambiental	<ul style="list-style-type: none">• Não dispor de assentos apropriados em veículos de transporte, restaurantes ou espaços de lazer• Nos serviços de saúde não dispor de mobiliário apropriado (ex.: cadeiras largas, sólidas e sem braços), balanças de alta carga e equipamentos adequados (ex.: esfigmomanômetro, fitas métricas, aventais, macas, etc.). Estes materiais devem estar disponíveis, sem que seja necessário deslocamento do usuário para outro local de atendimento

QUADRO 1.1 | TIPOS DE ESTIGMAS RELACIONADOS À OBESIDADE.

Implícito

- Receber olhares de julgamento por suas refeições, compras em supermercado ou outros estabelecimentos comerciais de alimentos
- Ser ignorado/a para realizar alguma atividade física em grupo
- Ser vítima de gestos e ações de reprovação (ex.: ver a pessoa mudar de assento no transporte público ao ver outra pessoa com obesidade)
- Ser invisibilizado/a, ignorado/a em lugares públicos ou familiares

O estigma relacionado à obesidade pode gerar/agravar condições de angústia, depressão, baixa autoestima e desordens alimentares, incluindo o comer compulsivo. Estudos mostram que o tempo de consulta médica, contato visual, empatia e número de exames preventivos solicitados a pessoas com obesidade são menores, quando comparados àquelas sem a doença (Persky; Eccleston, 2011; Teixeira *et al.*, 2012; Francisco; Diez-Garcia, 2015). Não são raros comentários inapropriados e o julgamento sobre o peso, ideias pré-concebidas quanto à baixa qualidade da alimentação, e a maior rigidez nas orientações. Pessoas com obesidade relatam a percepção de não serem bem compreendidas e acolhidas, o que contribui para sua menor participação em atividades de promoção e cuidado da saúde (Lewis *et al.*, 2011; Obara *et al.*, 2018; Paim; Kovaleski, 2020). A condenação moral e comportamental, assim como a ideia preconcebida de falta de caráter projetada nas pessoas com obesidade constroem um cenário iatrogênico para a prevenção e o tratamento da doença (Abu-Odeh, 2014; Hart *et al.*, 2021).

PARA SABER MAIS

SOBRE O MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS (MACC):

KIRK, S. F. L.; RAMOS, S. X.; ALBERGA, A. S. *et al.* **Canadian Adult Obesity Clinical Practice Guidelines: Reducing Weight Bias, Stigma and Discrimination in Obesity Management, Practice and Policy.** Disponível em: <https://obesitycanada.ca/guidelines/weightbias>. Acesso em: 24 ago. 2020.

SOBRE ESTIGMA:

EUROPEAN ASSOCIATION FOR THE STUDY OF OBESITY. Language Matters: Obesity. 2020. Available at [HYPERLINK "about:blank" https://cdn.easo.org/wp-content/uploads/2020/07/31073423/Obesity-Language-Matters_FINAL.pdf](https://cdn.easo.org/wp-content/uploads/2020/07/31073423/Obesity-Language-Matters_FINAL.pdf)FABU-ODEH, D. Fat stigma and public health: a theoretical framework and ethical analysis. **Kennedy Inst Ethics J.**, v. 24, n. 3, p. 247-65, 2014.

HART, L. M.; FERREIRA, K. B.; AMBWANI, S. *et al.* Developing expert consensus on how to address weight stigma in public health research and practice: A Delphi study. **Stigma and Health.** v. 6, n. 1, p. 79-89, 2021.



Para mudar esse cenário, além de mudanças amplas nos sistemas de saúde e na sociedade, é preciso que o/a profissional de saúde reflita sobre essas questões e busque adotar uma postura empática e inclusiva. É essencial enxergar a pessoa com obesidade para além do seu IMC, pois nem sempre suas queixas são relativas ao peso, e não restringir a obesidade a hábitos de vida inadequados (Cori *et al.*, 2015; Paim; Kovaleski, 2020). Dessa forma, refutar a ideia simplista que a obesidade é apenas um desequilíbrio no balanço energético (ingerir mais energia do que se gasta), que pode ser facilmente revertido com dietas restritivas e atividade física (Rubino *et al.*, 2020).

Não é fácil realizar o cuidado da pessoa com obesidade, então para finalizar este capítulo, apresentamos alguns cursos e materiais do Ministério da Saúde, produzidos em parceria com outras instituições, que poderão te auxiliar na busca constante por aprimoramento (**Box 1.2**).

BOX 1.2 | CURSOS E MATERIAIS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE PRODUZIDOS EM PARCERIA COM OUTRAS INSTITUIÇÕES

CURSOS

- UNA-SUS: Abordagem do Sobrepeso e Obesidade na Atenção Primária em Saúde. Qualificação de 30h. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/cursos/curso/45782>
- UNA-SUS: Reconhecendo o sobrepeso e a obesidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. Qualificação de 30h. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/cursos/curso/45811>
- AVASUS: Clínica Ampliada e Apoio Matricial. Qualificação de 30 h. Disponível em: <https://avasus.ufrn.br/local/avasplugin/cursos/curso.php?id=152>

Materiais

- Cadernos de Atenção Básica nº. 38 - Obesidade (Brasil, 2014b): aborda, entre outros aspectos, o tratamento dietoterápico e a sistematização de etapas a dos atendimentos nutricionais individuais. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf
- Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas do Sobrepeso e Obesidade em Adultos (Brasil, 2020a): aborda o diagnóstico e o rastreamento da doença; e orienta sobre mudanças de práticas alimentares e de exercícios físicos, além de outras estratégias para o tratamento da pessoa com obesidade (mais detalhes no **Capítulo 4**). Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2020/20201113_Relatorio_PCDT_567_Sobrepeso_e_Obesidade_em_adultos.pdf Acesso em: 24 de setembro de 2021
- Material Teórico para Suporte ao Manejo da Obesidade no Sistema Único de Saúde (Brasil, 2021b): apresenta diferentes teorias e ferramentas que podem ser utilizadas no manejo da obesidade. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/11/1342854/material_teorico_suporte_manejo_obesidade.pdf Acesso em: 24 de setembro de 2021
- Instrutivo de Abordagem Coletiva para Manejo da Obesidade no SUS (Brasil, 2021a): fornece apoio às equipes para o manejo coletivo da obesidade na Atenção Primária e na Atenção Especializada, e propõe a **Estratégia de Cuidado para a Pessoa com Obesidade no SUS**. É acompanhado do Instrutivo para Manejo da Obesidade no SUS: Caderno de Atividades Educativas, que inclui roteiros de atividades coletivas. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/11/1342840/instrutivo_abordagem_coletiva.pdf
- Manual de Atenção às Pessoas com Sobrepeso e Obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2021c): contribui para implementação de ações estruturadas para manejo do sobrepeso e obesidade, incluindo atividades individuais e coletivas, atividade física, e ações transversais, como apoio psicossocial e Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICs). Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/11/1342835/manual_pessoas_sobrepeso.pdf
- Alimentação Cardioprotetora (Brasil, 2018): orientações alinhadas com o Guia Alimentar para a População Brasileira visando beneficiar pessoas com risco cardiovascular e com obesidade. Disponível: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/alimentacao_cardioprotetora.pdf



MENSAGENS CENTRAIS DO CAPÍTULO

- Adoção do MACC contribui para maior integração do sistema de saúde e para a prática colaborativa interprofissional, proporcionando um manejo mais efetivo do cuidado de pessoas com obesidade.
- Comunicação centrada no/a usuário/a e focada na sua experiência pessoal constitui ferramenta central para a adesão e efetividade do tratamento de pessoas com obesidade.
- É necessário evitar culpabilização e estigmatização do/a usuário/a com obesidade, buscando sempre refletir sobre a postura adotada, e ser acolhedor/a e inclusivo/a.



REFERÊNCIAS

ABU-ODEH, D. Fat stigma and public health: a theoretical framework and ethical analysis.

Kennedy Inst Ethics J., v. 24, n. 3, p. 247-265, 2014.

ALBERGA, A. S.; EDACHE, I. Y.; FORHAN, M. *et al.* Weight bias and health care utilization: a scoping review. **Prim Health Care Res Dev**, n. 20, e116, 2019.

ANDERSON D. A.; WADDEN T. A. Bariatric surgery patients' views of their physicians' weight-related attitudes and practices. **Obes Res**, n. 12, p. 1587-1595, 2004.

BLÜHER, M. Obesity: global epidemiology and pathogenesis. **Nature Reviews Endocrinology**, v. 15, p. 288-98, 2019.

BRAGA, V. A. S.; JESUS, M. C. P.; CONZ, C. A. *et al.* Atuação de enfermeiros voltada para a obesidade na Unidade Básica de Saúde. **Rev Bras Enferm**, v. 73, n. 2, e20180404, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Instrutivo de Abordagem Coletiva para Manejo da Obesidade no Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021a. 145 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Material Teórico para Suporte ao Manejo da Obesidade no Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021b. 50 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Manual de Atenção às Pessoas com Sobrepeso e Obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021c. 66 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. **Relatório de Recomendação. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Sobrepeso e Obesidade em adultos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. 350 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Hospital do Coração. **Alimentação Cardioprotetora: manual de orientações para profissionais de saúde da Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. 138 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Contribuições dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família para a Atenção Nutricional**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. 39 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia Alimentar para a População Brasileira**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014a. 156 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica: obesidade**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014b. 212 p.

BURLANDY, L.; TEIXEIRA, M. R. M.; CASTRO, L. M. C. *et al.* Modelos de assistência ao indivíduo com obesidade na atenção básica em saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 3, e00093419, 2020.

CASTRO, C. P.; CAMPOS, G. W. S. Apoio Matricial como articulador das relações interprofissionais entre serviços especializados e atenção primária à saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, n. 2, p. 455-81, 2016.

CORI, G. C.; PETTY, M. L. B.; ALVARENGA, M. S. Atitudes de nutricionistas em relação a indivíduos obesos - um estudo exploratório. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 2, p. 565-76, 2015.

FORHAN, M., RISDON, C., SOLOMON, P. Contributors to patient engagement in primary health care: perceptions of patients with obesity. **Prim Health Care Res Dev**, n. 14, p. 367-372, 2013.

FRANCISCO, L. V.; DIEZ-GARCIA, R. W. Abordagem terapêutica da obesidade: entre conceitos e preconceitos. **Demetra: Alimentação, Nutrição & Saúde**, v. 10, n. 3, p. 705-16, 2015.

GUTHOLD, R.; STEVENS, G. A.; RILEY, L. M. *et al.* Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1.9 million participants. **Lancet Glob Health**, n. 6, e1077-86, 2018.

HART, L. M.; FERREIRA, K. B.; AMBWANI, S. *et al.* Developing expert consensus on how to address weight stigma in public health research and practice: A Delphi study. **Stigma and Health**, v. 6, n. 1, p. 79-89, 2021.

JIA, H.; ZACK, M. M.; THOMPSON, W. W. Population-based estimates of decreases in quality-adjusted life expectancy associated with unhealthy body mass index. **Public Health Reports**, v. 131, n. 1, p. 177-84, 2016.

KARASU, S. R. Of Mind and Matter: Psychological Dimensions in Obesity. **American Journal of Psychotherapy**, v. 66, n. 2, p. 111-28, 2012.

LACERDA, P. AUYERO, J. Pacientes del Estado. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Eudeba. 232 pp. **Semantic Scholar**, p. 262-5, 2019.



LEWIS, S.; THOMAS, S. L.; BLOOD R. W. *et al.* How do obese individuals perceive and respond to the different types of obesity stigma that they encounter in their daily lives? A qualitative study. **Social Science & Medicine**, v. 73, n. 9, p. 1349-56, 2011.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 115p.

MONTEIRO, C. A.; CANNON, G.; LAWRENCE, M. *et al.* **Ultra-processed foods, diet quality, and health using the NOVA classification system.** Rome: FAO, 2019.

OBARA, A. A.; VIVOLO, S. R. G. F.; ALVARENGA, M. S. Preconceito relacionado ao peso na conduta nutricional: um estudo com estudantes de nutrição. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 8, e00088017, 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **A implantação do modelo de atenção às condições crônicas em Curitiba: resultados do laboratório de inovação sobre atenção às condições crônicas na Atenção Primária em Saúde.** Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2013. 390 p.

PAIM, M. B.; KOVALESKI, D. F. Análise das diretrizes brasileiras de obesidade: patologização do corpo gordo, abordagem focada na perda de peso e gordofobia. **Saúde Soc. São Paulo**, v. 29, n. 1, e190227, 2020.

PERSKY, S.; ECCLESTON, C. P. Medical Student Bias and Care Recommendations for an Obese versus Non-Obese Virtual Patient. **International Journal of Obesity**, v. 35, n. 5, p. 728- 35, 2011.

PUHL, R. M.; HEUER, C. A. The Stigma of Obesity: A Review and Update. **Obesity**, v. 17, n. 5, p. 941-64, 2009.

RIEDL, D.; SCHÜBLER G. The Influence of Doctor-Patient Communication on Health Outcomes: A Systematic Review. **Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie**, v. 63, n. 2, p. 131-50, 2017.

RUBINO, F.; PUHL, R. M.; CUMMINGS, D. E. Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. **Nat. Med.**, n. 26, p. 485-97, 2020.

SANTOS, R. A. B. G.; UCHÔA-FIGUEIREDO, L. R.; LIMA, L.C. Apoio matricial e ações na atenção primária: experiência de profissionais de ESF e NASF. **Saúde Debate**, v. 41, n. 114, p. 694-706, 2017.

TEIXEIRA, F. V.; PAIS-RIBEIRO, J. L.; MAIA, A. R. P. C. Crenças e práticas dos profissionais de saúde face a obesidade: uma revisão sistemática. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 58, n. 2, p. 254-62, 2012.

WADDEN, T. A.; ANDERSON, D. A.; FOSTER, G. D. *et al.* Obese women's perceptions of their physicians' weight management attitudes and practices. **Arch. Fam. Med.**, n. 9, p. 854-60, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity**: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity. WHO Technical Report Series, n. 894. Geneva, Switzerland: WHO, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10)**. WHO Version, 2016. Disponível em: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en#/E66>. Acesso em: 10 ago. 2020.

PERSPECTIVA TEÓRICA NA ABORDAGEM INDIVIDUAL DA PESSOA COM OBESIDADE

A abordagem individual da pessoa com obesidade deve ser pautada em referenciais teóricos e protocolos e diretrizes clínicas oficiais que atendam às necessidades do/a usuário/a e que não sejam estigmatizantes (Menezes *et al.*, 2020). Dessa forma, apresentamos neste capítulo os elementos teóricos empregados nesse Instrutivo:

- Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP)
- Aconselhamento em saúde
- Referenciais teóricos: Modelo Transteórico, Terapia Cognitivo-Comportamental e Entrevista Motivacional
- Autocuidado Apoiado

2.1 Método Clínico Centrado na Pessoa

O Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) foi proposto a partir de estudos sobre os “motivos reais” da busca por atendimento, sendo seus pontos centrais: atenção às demandas do/a usuário/a e relação usuário/a-profissional (Stewart *et al.*, 2017a).

Apresenta dois pressupostos que precisam ser atendidos para que não seja apenas uma anamnese centrada na doença, sendo estes: substituição da abordagem verticalizada pelo compartilhamento do poder de decisão entre usuário/a e equipe (incluindo a perspectiva de diferentes profissionais); e busca do equilíbrio entre objetividade e subjetividade para lidar com o/a usuário/a de forma profissional e sensível (Stewart *et al.*, 2017a).

No **Quadro 2.1** são apresentados os componentes do MCCP: (1) Explorando a saúde, a doença e a experiência da doença; (2) Entendendo a pessoa como um todo (sua totalidade física, psíquica e social); (3) Elaborando plano conjunto de manejo dos problemas; (4) Fortalecendo a relação entre usuário/a e profissional de saúde (Stewart *et al.*, 2017a).

QUADRO 2.1 | COMPONENTES DO MÉTODO CLÍNICO CENTRADO NA PESSOA

Explorando saúde, doença e experiência da doença	Entendendo a pessoa como um todo	Elaborando plano conjunto de cuidado	Fortalecendo a relação usuário/a-profissional
Explorar percepção do/a usuário/a	Envolver múltiplos aspectos de sua vida	Identificar problemas, definir metas e pactuar papéis	Compartilhar poder e empatia

Conceitos importantes

- **Saúde:** capacidade individual de buscar a realização de propósitos e aspirações de vida
- **Doença:** pode ser física e/ou mental, diagnosticada a partir de critérios pré-definidos
- **Experiência da doença:** sentimentos, ideias, funções e expectativas da pessoa que está e/ou se sente doente
- **Mecanismo de defesa:** resposta inconsciente a experiências ruins para se defender de ameaça real ou percebida
- **Família:** grupo com vínculo biológico, emocional e/ou legal que vivem juntas por escolha e/ou necessidade
- **Espiritualidade:** busca individual de respostas às questões da vida humana, com ou sem práticas religiosas

Elementos necessários para prática

- Comprometimento com a mudança da prática profissional e com a reorganização do serviço de saúde
- Condução dos atendimentos como um “encontro de especialistas”: profissional é especialista nos aspectos biológicos da doença, e usuário/a especialista em sua experiência da doença
- Respeito às diferenças entre doença e experiência da doença para a pessoa e entre as pessoas; e atenção para a possibilidade de saúde e doença coexistirem
- Reconhecimento dos determinantes sociais nos processos de saúde-doença e a influência do contexto
- Competência cultural, escuta, sensibilidade e proatividade para identificar demandas não verbalizadas
- Confiança, empatia, compaixão, respeito e aceitação para formação de vínculo
- Flexibilidade para conduzir a abordagem conforme as necessidades do/a usuário/a (verbalizadas ou não)
- Desconstrução da ânsia de resolver todas as questões ou atender todas expectativas do/a usuário/a de uma vez
- Busca do consenso entre necessidades, valores e preferências do/a usuário/a e melhores evidências de cuidado
- Inclusão da promoção da saúde e da prevenção de agravos no Plano de Cuidado, mesmo ao tratar uma doença

Fonte: adaptado de Brown *et al.*, 2017; Brown; Weston, 2017; Freeman *et al.*, 2017; Stewart *et al.*, 2017a, 2017b.



O MCCP melhora as atitudes dos/das profissionais de saúde e a relação com os/as usuários/as, e aumenta a adesão ao tratamento. Também se observa melhoria em desfechos em saúde, como qualidade de vida, sono, funcionalidade, sintomas depressivos e redução do peso (Rosas *et al.*, 2020; Stewart *et al.*, 2017a). Seus resultados podem ser potencializados pelo uso de técnicas de abordagem familiar (Brasil, 2021a; Stewart *et al.*, 2017a).

Apresentamos apenas uma síntese do MCCP visando instigar a sua curiosidade. Para saber mais, consulte os materiais indicados a seguir.

PARA SABER MAIS

SOBRE O MÉTODO CLÍNICO CENTRADO NA PESSOA:

STEWART, M. *et al.* **Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

SOBRE ABORDAGEM FAMILIAR:

BRASIL. Ministério da Saúde; UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. **Abordagens familiares para apoio à abordagem individual**. In: BRASIL. Ministério da Saúde; UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. **Material teórico para suporte ao manejo da obesidade no Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. p. 35-42. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/material_teorico_suporte_manejo_obesidade.pdf. Acesso em: 29 out. 2021.

SOBRE ABORDAGEM CRÍTICO-REFLEXIVA:

BRASIL. Ministério da Saúde; UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. **Abordagem Crítico-Reflexiva**. In: BRASIL. Ministério da Saúde; UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. **Material teórico para suporte ao manejo da obesidade no Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. p. 21-22. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/material_teorico_suporte_manejo_obesidade.pdf. Acesso em: 29 out. 2021.

2.2 Aconselhamento em Saúde

Profissionais de saúde podem se sentir inseguros para aconselhar pessoas com obesidade devido à complexidade da doença (Kahan; Manson, 2017; Lopes *et al.*, 2020). Porém, é crucial se apropriar da abordagem do aconselhamento para empoderar o/a usuário/a para o seu autocuidado. Mas, primeiro, é preciso diferenciar aconselhamento do fornecimento de informação e/ou conselho (**Quadro 2.2**). Informar é apenas parte da abordagem (Rodrigues *et al.*, 2005).

QUADRO 2.2 | DIFERENÇA ENTRE ACONSELHAMENTO EM SAÚDE E ORIENTAÇÃO/INFORMAÇÃO

Aconselhamento em saúde	Orientação/informação
Abordagem centrada no/a usuário/a, geradora de empoderamento e autonomia	Conduta centrada no/a profissional de saúde. Pode ser fonte de opressão
Iniciado a partir do acolhimento do/a usuário/a e compreensão de suas necessidades e motivações	Feita geralmente ao final do atendimento por transferência de conhecimentos do/a profissional para o/a usuário/a
Abordagem personalizada e construída em conjunto, relevante e factível para o/a usuário/a	Atendimento padronizado e pré-definido, com orientações padrões para determinada condição
Etapas compartilhadas de formação de vínculo, compreensão e problematização da realidade, e tomada de decisão compartilhada (Figura 2.2)	Inclui exclusivamente ações do/a profissional de saúde mediante a identificação dos problemas, sem a devida participação do/a usuário/a
Alinhado ao MCCP, teorias de mudança de comportamento e Autocuidado Apoiado	Alinhada ao modelo “biologicista” (biomédico ou médico- centrado) de atenção à saúde

Fonte: adaptado de Rodrigues *et al.*, 2005.

Nota: MCCP: Método Clínico Centrado na Pessoa.

No **Quadro 2.3** são apresentadas as etapas do aconselhamento em saúde. Elas devem ser realizadas mediante o respeito às atividades privativas das categorias profissionais envolvidas.

QUADRO 2.3 | ETAPAS DO ACONSELHAMENTO EM SAÚDE

1	Descoberta inicial: momento de acolhimento. Profissional exerce a escuta e a aceitação das demandas verbalizadas pelo/a usuário/a ou implícitas em sua comunicação não-verbal, criando ambiente favorável para o vínculo e a continuidade do cuidado
2	Exploração em profundidade: partindo do vínculo construído, o/a usuário/a deve ser encorajado/a a assumir o protagonismo do seu cuidado mediante escuta e problematização. Pode-se utilizar estratégias da Entrevista Motivacional para contornar a ambivalência no desejo de mudar
3	Preparação para ação: protagonismo do/a usuário/a pode resultar na tomada de decisão a favor ou contra a mudança. Se o/a usuário/a decidir mudar, deve-se iniciar a construção compartilhada do Plano de Ação focado na mudança que ele/ela considera mais importante

Fonte: adaptado de Rodrigues; Soares; Boog, 2005.



PARA SABER MAIS

SOBRE ACONSELHAMENTO EM SAÚDE:

BRASIL. Ministério da Saúde; UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. **Aconselhamento em Saúde**. In: BRASIL. Ministério da Saúde; UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. **Material teórico para suporte ao manejo da obesidade no Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. p. 10-11. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/material_teorico_suporte_manejo_obesidade.pdf. Acesso em: 29 out. 2021.

O aconselhamento nutricional faz parte do aconselhamento em saúde. É de responsabilidade da equipe de saúde mediante o suporte técnico-pedagógico do/a nutricionista, sempre que necessário. Veja no **Quadro 2.4** sugestões para o aconselhamento nutricional da pessoa com obesidade.

QUADRO 2.4 | ACONSELHAMENTO NUTRICIONAL NO CUIDADO DA PESSOA COM OBESIDADE

Inicie o diálogo sobre a condição de obesidade	<ul style="list-style-type: none">• Antes que o/a usuário/a decida mudar, a obesidade precisa ser reconhecida como um problema para ele/a e seus condicionantes precisam ser identificados• Teste “Como está a sua alimentação?”, baseado no Guia Alimentar para a População Brasileira, é útil para avaliar a alimentação e iniciar esse diálogo (Capítulo 4)
Estruture a consulta	<ul style="list-style-type: none">• Não existe “receita” de abordagem adequada da pessoa com obesidade. Uma estrutura flexível ajuda o/a profissional a se manter centrado no/a usuário/a• A técnica dos 5 A’s: Avalie; Aconselhe; Acorde (Pactue); Assista; Acompanhe (abordada no Capítulo 6) pode favorecer este processo
Dê atenção aos pequenos passos	<ul style="list-style-type: none">• Pequenas mudanças podem melhorar a qualidade da alimentação, aumentar a autoeficácia do/a usuário/a, e serem úteis para desconstruir a ideia de que a alimentação adequada e saudável não é prazerosa. Os livros Alimentos Regionais Brasileiros e Na Cozinha com as Frutas, Legumes e Verduras podem auxiliar nesse processo
Conheça e use os recursos disponíveis	<ul style="list-style-type: none">• Informações confiáveis sobre alimentação e nutrição ajudam você a se sentir mais confiante para abordar o tema com o/a usuário/a. Conheça bem o Guia Alimentar para a População Brasileira, ele amplia a visão sobre a alimentação e favorece a abordagem humanizada
Não faça tudo sozinha/o ou de uma vez	<ul style="list-style-type: none">• Evite abordar todas as demandas do/a usuário/a em um único atendimento. É mais relevante buscar a construção do vínculo e o cuidado interdisciplinar e em rede

Fonte: adaptado de Kahan; Manson, 2017.

Nota: APS: Atenção Primária à Saúde.

2.3 Referenciais Teóricos

A seguir, apresentamos os referenciais teóricos empregados neste Instrutivo: Modelo Transteórico, Terapia Cognitivo-Comportamental e Entrevista Motivacional.

2.3.1 Modelo Transteórico

O Modelo Transteórico é um método promissor de auxílio à compreensão de como se pode promover mudança de comportamentos de saúde (Prochaska *et al.*, 1992). Ele possibilita realizar intervenções diferenciadas segundo a disponibilidade, percepção, atitude e motivação da pessoa para mudar comportamentos. Os seus pilares são: estágios e processos de mudança, autoeficácia e equilíbrio de decisões (**Quadro 2.5**). Conhecer esses pilares é útil para planejar o cuidado, direcionando melhor as condutas e ampliando a especificidade da abordagem.

QUADRO 2.5 PILARES DO MODELO TRANSTEÓRICO APLICADO AO MANEJO DA OBESIDADE	
Estágios de mudança	<p>Pilar central que representa os estágios de motivação do/a usuário/a com obesidade para mudar, são eles:</p> <ul style="list-style-type: none">• Pré-contemplação: não pretende reduzir peso nos próximos 6 meses• Contemplação: pretende reduzir peso nos próximos 6 meses, mas sem planos concretos para o próximo mês• Preparação ou Decisão: pretende reduzir peso nos próximos 30 dias• Ação: adotou mudanças de comportamento visando peso saudável, mas há pouco tempo (< 6 meses)• Manutenção: já adotou mudanças de comportamento visando o peso saudável há 6 meses ou mais
Equilíbrio de decisões	<ul style="list-style-type: none">• Balanço entre as vantagens e desvantagens de adotar um novo comportamento que vise a redução do peso• À medida que a pessoa avança nos estágios de mudança, o equilíbrio de decisões é mais positivo e a pessoa visualiza mais benefícios do que obstáculos para mudar
Autoeficácia	<ul style="list-style-type: none">• É a confiança que a pessoa tem em si própria para fazer e manter mudanças que objetivem reduzir peso. Tende a aumentar à medida que a pessoa evolui nos estágios de mudança
Processos de mudança	<p>Objetivam favorecer a evolução entre os estágios de mudança, podendo ser:</p> <ul style="list-style-type: none">• Cognitivos: focam na consciência sobre o comportamento e suas consequências. Ex.: alívio dramático, aumento de consciência, reavaliação do ambiente, auto-reavaliação e liberação social• Comportamentais: atividades específicas e personalizadas que visam promover a adoção ou manutenção de novo comportamento. Ex.: auto-liberação, controle de estímulos, relacionamentos de auxílio, administração de contingências e condicionamento contrário

Fonte: Brasil, 2021a.



PARA SABER MAIS

SOBRE OS PILARES DO MODELO TRANSTEÓRICO E SUA APLICAÇÃO NO MANEJO DA OBESIDADE:

BRASIL. Ministério da Saúde; UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. **Modelo Transteórico (MT)**. In: BRASIL. Ministério da Saúde; UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. **Material teórico para suporte ao manejo da obesidade no Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. p. 18-19. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/material_teorico_suporte_manejo_obesidade.pdf. Acesso em: 29 out. 2021.

Veja no **Quadro 2.6** algumas sugestões práticas de questões que podem ser promovidas e evitadas no cuidado da pessoa com obesidade a partir do Modelo Transteórico.

QUADRO 2.6 | QUESTÕES A SEREM PROMOVIDAS E EVITADAS SEGUNDO O MODELO TRANSTEÓRICO

O que fazer	O que não fazer
<ul style="list-style-type: none">• Considerar que pessoas com obesidade em diferentes estágios de mudança têm necessidades distintas de intervenções• Propor atividades específicas e personalizadas para adotar ou manter o novo comportamento a partir da avaliação dos pilares do Modelo Transteórico• Basear a intervenção em processos de mudança segundo o estágio de mudança	<ul style="list-style-type: none">• Partir do princípio que todos/as estão prontos/as para mudar• Propor intervenções generalistas para reduzir peso
<ul style="list-style-type: none">• Identificar a motivação da pessoa para adotar um novo comportamento e reduzir peso (estágio de mudança)• Avaliar juntos os prós e contras de adotar um novo comportamento (equilíbrio de decisões)• Identificar a confiança que a pessoa tem em si para adotar novo comportamento (autoeficácia)	<ul style="list-style-type: none">• Pressupor que todos/as estão prontos/as para mudar• Considerar que a mudança é benéfica para todos/as• Não considerar interesse e motivação para mudar
<ul style="list-style-type: none">• Considerar que as pessoas mudam o comportamento em etapas, ao longo do tempo, um processo dinâmico e influenciado pela motivação• Respeitar as etapas (ex.: pessoa identifica a necessidade de mudar, percebe a mudança como de seu interesse ou benefício; compromete-se com a mudança, etc.) e considerá-las no planejamento dos Planos de Cuidado e de Ação	<ul style="list-style-type: none">• Esperar que a mudança ocorra abruptamente• Estabelecer metas prescritivas e unilaterais• Produzir condutas diretivas

<ul style="list-style-type: none">• Considerar a possibilidade de retorno a comportamentos anteriores, avaliando como a pessoa reage a situações que oferecem risco de recaídas• Estimular manutenção das mudanças e reforçar autoconfiança e autocontrole	<ul style="list-style-type: none">• Considerar que mudanças são irreversíveis
<ul style="list-style-type: none">• Demonstrar aceitação incondicional da pessoa, tal como ela é	

Fonte: adaptado de Prochaska *et al.*, 1992; Toral; Slater, 2013.

2.3.2 Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC)

A TCC tem sido utilizada para compreender os significados atribuídos às experiências, às crenças, e a visão sobre si e o mundo. Essa teoria considera que situações de vida podem ser interpretadas a partir de crenças existentes e pensamentos automáticos que podem gerar reações, emoções e comportamentos específicos (Knapp, 2004). Considerar e trabalhar esses processos cognitivos são cruciais para a adoção efetiva e sustentável de novos comportamentos.

O trabalho na perspectiva da TCC se dá em três momentos: 1) Identificação dos pensamentos disfuncionais ou distorcidos; 2) Proposição de reestruturação dos pensamentos disfuncionais; 3) Identificação e modificação de comportamentos inadequados gerados pelos pensamentos disfuncionais (Knapp, 2004).

A TCC dispõe de técnicas cognitivas e comportamentais que auxiliam a identificar situações e estímulos favoráveis e desfavoráveis à mudança de comportamento (**Quadro 2.7**) (Brasil, 2021b). A sua aplicação no manejo da obesidade foca nos comportamentos a serem modificados e os ambientes onde eles ocorrem. Dessa forma, difere da psicoterapia tradicional por não objetivar tratar transtornos psiquiátricos, mas apenas facilitar a aquisição de habilidades que auxiliem na mudança de comportamentos (Burgess *et al.*, 2017; Brasil, 2021a).

**QUADRO 2.7** TÉCNICAS COGNITIVAS E COMPORTAMENTAIS QUE AUXILIAM NA MUDANÇA DE COMPORTAMENTO SEGUNDO OBJETIVOS, PROBLEMAS E COMO AGIR.

Técnicas	Objetivo	Problema	Como
Automonitoramento	Examinar pensamentos disfuncionais sobre a mudança de comportamento	Insucesso de tratamentos anteriores para obesidade	Escrever, fazer colagens ou desenhar em um diário pensamentos disfuncionais relativos a tratamentos anteriores para redução do peso
Resolução de problemas	Identificar o problema e o nível de autoeficácia para superá-lo	Redução do consumo de bebidas adoçadas	<ul style="list-style-type: none">• Propor estratégias para superar o problema• Verificar autoeficácia para reduzir consumo• Rediscutir as estratégias, selecionando as que favorecem a mudança
Reestruturação cognitiva	Identificar e corrigir a crença disfuncional	Crença disfuncional: “Ter exagerado na festa de ontem mostra como sou fraca/o”	<ul style="list-style-type: none">• Reestruturar crença disfuncional, refletindo sobre os ganhos obtidos e a ocorrência de recaídas como parte do processo de mudança
Suporte social	Fornecer apoio para mudança de comportamento	“Em casa compram doces e comem na minha frente.”	<ul style="list-style-type: none">• Buscar fontes de apoio social seja de amigos/as, familiares, grupos terapêuticos, profissionais de saúde, etc.

Fonte: adaptado de Knapp, 2004.

PARA SABER MAIS

SOBRE USO DE TÉCNICAS DE TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL PARA O MANEJO DA OBESIDADE:

BRASIL. Ministério da Saúde; UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. **Terapia cognitivo-comportamental (TCC)**. In: 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. p. 34-37. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/instrutivo_abordagem_coletiva.pdf. Acesso em: 29 out. 2021.

2.3.3 Entrevista Motivacional (EM)

A EM é uma intervenção breve, muitas vezes, usada como etapa inicial da TCC. É um método colaborativo que estimula a criação de um ambiente de conversa centrado na pessoa. É especialmente proveitoso para pessoas ambivalentes quanto à mudança de comportamento, ou seja, querem mudar, mas ainda identificam muitos obstáculos (Rollnick; Miller, 1995).

A EM busca explorar e superar a ambivalência, fortalecer a motivação, a autonomia e o comprometimento com a mudança. Para isso, utiliza estratégias como entrevista semiestruturada, perguntas abertas, reflexões, reforço positivo e escuta qualificada (Rollnick; Miller, 1995). No **Quadro 2.8** apresentamos algumas questões a serem encorajadas ou evitadas no cuidado da pessoa com obesidade segundo a EM.

QUADRO 2.8 QUESTÕES A SEREM PROMOVIDAS E EVITADAS SEGUNDO A ENTREVISTA MOTIVACIONAL	
O que fazer	O que não fazer
<ul style="list-style-type: none"> Identificar pontos-chave que podem auxiliar a superar a ambivalência Identificar prós da mudança e reforçar positivamente falas de mudança Resumir as falas visando contribuir para a reflexão 	<ul style="list-style-type: none"> Defender um lado da questão Mostrar intolerância à resistência da pessoa em mudar
<ul style="list-style-type: none"> Auxiliar a pessoa a identificar o seu caminho para a mudança Fornecer opções possíveis visando aumentar a liberdade de escolha Evocar as forças que motivam a pessoa Priorizar as necessidades da pessoa 	<ul style="list-style-type: none"> Induzir a mudança por persuasão Criticar, enfrentar, julgar ou impor ideias Buscar consertar situações
<ul style="list-style-type: none"> Fornecer informações e conselhos quando a pessoa solicita para complementar seu processo de construção e descoberta 	<ul style="list-style-type: none"> Fornecer conselhos não solicitados
<ul style="list-style-type: none"> Planejar metas em parceria, a partir da escuta qualificada Auxiliar a pessoa a encontrar seus próprios argumentos para mudar 	<ul style="list-style-type: none"> Planejar metas de forma unilateral Propor metas prescritivas
<ul style="list-style-type: none"> Conversar de forma orientadora, colaborativa e centrada na pessoa Reconhecer a vivência e conhecimento da pessoa Partir de questões abertas visando favorecer a reflexão sobre si 	<ul style="list-style-type: none"> Realizar conduta diretiva
<ul style="list-style-type: none"> Enxergar a pessoa como ser integral, para além da obesidade Aproximar-se da pessoa e não do problema dela Estimular a autonomia 	<ul style="list-style-type: none"> Enxergar a doença e não a pessoa Querer ajudar e “consertar” a pessoa



- Usuário/a falar mais que o profissional
- Realizar escuta reflexiva

- Profissional falar mais que o/a usuário/a
- Profissional ter as respostas

Fonte: adaptado de: Figlie; Guimarães, 2014; Finger; Potter, 2011; Jungerman; Laranjeira, 1999; Martínez; Barcenilla, 2013; Resnicow *et al.*, 2002.

Na EM, para promover a conversa colaborativa e evocativa é essencial que as perguntas sejam abertas e que encorajem o/a usuário/a a compartilhar suas vivências (**Quadro 2.9**). Esse tipo de pergunta não pode ser respondida facilmente com uma palavra ou frase e pode ser o canal inicial para usar as demais estratégias da EM. A partir da pergunta e da escuta reflexiva, ele/a pode conhecer mais sobre si e encontrar seus argumentos e direções para mudar. Mas, atenção, não recomenda-se o uso excessivo de perguntas consecutivas (Figlie; Guimarães, 2014).

QUADRO 2.9 | QUESTÕES ABERTAS QUE PODEM SER UTILIZADAS NA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Perguntas iniciais

- O que trouxe você até aqui?
- Quais são suas necessidades?
- Ajude-me a entender: como você se sente em relação ao seu corpo?
- Como o seu peso afeta a sua vida?
- Como eu poderia te ajudar neste processo?
- O que você quer dizer com isso? (Exemplo para estimular elaboração do pensamento)

Trabalhando a ambivalência e o processo de mudança

- O que a obesidade está custando para você?
- Quais são as coisas boas e as coisas ruins deste comportamento (ex.: alimentação, atividade física, etc.)?
- O que você já tentou mudar anteriormente?
- Como você gostaria que as coisas fossem?
- Como você está se beneficiando da situação atual?
- O que você acha que perderá se desistir de reduzir seu peso?
- Você pode me descrever quais são suas motivações para mudar?
- Quais sentimentos te trazem a mudança?
- Quais benefícios você espera com essa mudança?

Negociando o Plano de Ação

- A sua situação atual te incomoda? Caso responda “sim”: O que você gostaria de mudar?
- Como você gostaria que as coisas fossem? Se tivesse certeza de sucesso, o que faria?
- O quão importante isso é para você?
- Qual(is) aspecto(s) do seu comportamento podem ser modificados no momento?
- Qual seria o primeiro passo para atingir esse objetivo?
- Como você quer se planejar para atingir seu objetivo?
- O que você espera como resultado deste Plano de Ação?
- O que poderia não funcionar neste Plano de Ação?
- Como você poderia manter a mudança, caso tenha dificuldades no caminho?
- Como você reconhecerá seu progresso em direção às metas?
- Que desafios você enfrentará para mudar?

Fonte: adaptado de Figlie; Guimarães, 2014; Finger; Potter, 2011; Jungerman; Laranjeira, 1999; Martínez; Barcenilla, 2013; Resnicow *et al.*, 2002.

PARA SABER MAIS

SOBRE A ENTREVISTA MOTIVACIONAL:

BRASIL. Ministério da Saúde; UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. **Entrevista Motivacional (EM)**. In: BRASIL. Ministério da Saúde; UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. **Material teórico para suporte ao manejo da obesidade no Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. p. 14-17. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/material_teorico_suporte_manejo_obesidade.pdf. Acesso em: 29 out. 2021.

2.4 Autocuidado Apoiado

O Autocuidado Apoiado é um conjunto de intervenções sistemáticas que visam ampliar a confiança e as habilidades do/a usuário/a para gerenciar sua saúde mediante o apoio dos/das profissionais de saúde. Nesse sentido, todos os referenciais teóricos do Instrutivo objetivam auxiliar o/a profissional de saúde a implementar o Autocuidado Apoiado. Para isso, preconizam o/a usuário/a como o centro do cuidado que, a partir de sua reflexão, favorecida pela equipe de saúde, busca caminhos para exercer o cuidado de sua saúde, incluindo possível redução do peso corporal (Mendes, 2012).

PARA SABER MAIS

SOBRE AUTOCUIDADO APOIADO NO MANEJO DA OBESIDADE:

BRASIL. Ministério da Saúde; UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. **Autocuidado apoiado**. In: 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. p. 41-43. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/instrutivo_abordagem_coletiva.pdf. Acesso em: 29 out. 2021

MENSAGENS CENTRAIS DO CAPÍTULO

- Abordagem individual ancorada em teorias favorece a efetividade e adesão ao tratamento.
- Referenciais teóricos que pautaram este Instrutivo: Modelo Transteórico, elementos da TCC e EM.
- MCCP, Aconselhamento, Modelo Transteórico, TCC e Entrevista Motivacional convergem na direção do Autocuidado Apoiado, constituindo potentes ferramentas para qualificar o cuidado da pessoa com obesidade.



REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde; UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. **Material teórico para suporte ao manejo da obesidade no Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021a. 150 p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/material_teorico_suporte_manejo_obesidade.pdf. Acesso em: 29 out. 2021.

BROWN, J. B. *et al.* O terceiro componente: elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas. *In*: STEWART, M. *et al.* (org.). **Medicina Centrada na Pessoa: transformando o método clínico**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017. p. 146-187.

BROWN, J. B.; WESTON, W. W. O segundo componente: entendendo a pessoa como um todo – Seção 1 – O indivíduo e a família. *In*: STEWART, M. *et al.* (org.). **Medicina Centrada na Pessoa: transformando o método clínico**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017. p. 101-125.

BURGESS, E. *et al.* Behavioural treatment strategies improve adherence to lifestyle intervention programmes in adults with obesity: a systematic review and meta-analysis. **Clinical Obesity**, v. 7, n. 2, p. 105-114, apr, 2017.

FIGLIE, N. B.; GUIMARÃES, L. P. A Entrevista Motivacional: conversas sobre mudança. **Bol. Acad. Paulista de Psicologia**, São Paulo, v. 34, n. 87, p. 472-48, 2014.

FINGER, I. R.; POTTER, J. R. Entrevista motivacional no tratamento de sobrepeso/obesidade: uma revisão de literatura. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, Campinas, v. 7, n. 2, p. 2- 7, 2011.

FREEMAN, T. R. *et al.* O segundo componente: entendendo a pessoa como um todo – Seção 2 – Contexto. *In*: STEWART, M. *et al.* (org.). **Medicina Centrada na Pessoa: transformando o método clínico**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017. p. 126-145.

JUNGERMAN, F. S; LARANJEIRA, R. Entrevista motivacional: bases teóricas e práticas. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 48, n. 5, p. 197-207, 1999.

KAHAN, S.; MANSON, J. E. Nutrition Counseling in Clinical Practice: How Clinicians Can Do Better. **JAMA**, Chicago, v. 318, n. 12, p. 1101-1102, 2017.

KNAPP, P. (org.). **Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica**. Porto Alegre: Artmed, 2004. 520p.

LOPES, M. S. *et al.* Challenges for obesity management in a unified health system: the view of health professionals. **Fam. Pract.**, v. 38, Issue 1, p. 4-10, feb. 2020.

MARTÍNEZ, R. A.; BARCENILLA, G. B. Entrevista motivacional: una herramienta en el manejo de la obesidad infantil. **Revista Pediatría de Atención Primaria**, Madrid, v. 22, p. 133-41, 2013. Suplemento 2013.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MENEZES, M. C. *et al.* A systematic review of effects, potentialities, and limitations of nutritional interventions aimed at managing obesity in primary and secondary health care. **Nutrition**, Burbank, v. 75_76, n. 110784, jul./ago. 2020. doi: 10.1016/j.nut.2020.110784.

PROCHASKA, J. O. *et al.* In search of how people change: applications to addictive behaviors. **American Psychologist**, Washington, DC, v. 47, n. 9, p. 1102 - 1114, 1992.

RESNICOW, K. *et al.* Motivational interviewing in health promotion: It sounds like something is changing. **Health Psychology**, Hillsdale, v. 21, n. 5, p. 444-451, 2002.

RODRIGUES, E. M. *et al.* Resgate do conceito de aconselhamento no contexto do atendimento nutricional. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 1, n. 18, p. 119-128, jan. 2005.

ROLLNICK S.; MILLER, W. R. What is motivational interviewing? **Behavioural and Cognitive Psychotherapy**, London, v. 23, n. 4, p. 325-334, 1995.

ROSAS, L. G. *et al.* Effect of an Intervention for Obesity and Depression on Patient-Centered Outcomes: an RCT. **American Journal Of Preventive Medicine**, v. 58, n. 4, p. 496-505, abr. 2020.

STEWART, M. *et al.* O quarto componente: intensificando a relação entre a pessoa e o médico. *In*: STEWART, M. *et al.* (org.). **Medicina Centrada na Pessoa: transformando o método clínico**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017. p. 188-211.

STEWART, M. *et al.* Visão geral: introdução. *In*: STEWART, M. *et al.* (org.). **Medicina Centrada na Pessoa: transformando o método clínico**. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2017a. p. 29-48.

STEWART, M. *et al.* O primeiro componente: explorando a saúde, a doença e a experiência da doença. *In*: STEWART, M. *et al.* (org.). **Medicina Centrada na Pessoa: transformando o método clínico**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017b. p. 67-100.

TORAL, N.; SLATER, B. Aplicação do modelo transteórico em estudos de nutrição. *In*: MANCUSO, A. M. C.; GARCIA, R. W. D. (org.). **Nutrição e metabolismo: mudanças alimentares e educação nutricional**. São Paulo: Guanabara Koogan, 2013. p. 198-206.

DESAFIOS NO CUIDADO DE PESSOAS COM OBESIDADE

Neste capítulo vamos discutir os desafios que envolvem o cuidado da pessoa com obesidade e possíveis caminhos para superá-los. Para isso, abordaremos os seguintes desafios:

- Comunicação em saúde
- Adesão ao tratamento
- Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP)
- Suporte social e apoio ao tratamento
- Gerenciamento do peso corporal
- Estrutura do serviço de saúde e trabalho da equipe

Boa parte desses desafios será discutida a partir da situação da Júlia. Vamos conhecê-la:

Júlia

Júlia possui 50 anos, foi diagnosticada com diabetes mellitus tipo 2 à dois anos e inicialmente pesava 95 kg (Índice de Massa Corporal - IMC = 38kg/m²). Mas, ao participar do Grupo Terapêutico 2¹ na Unidade de Saúde, reduziu 19 kg.

Ao analisar o cartão de automonitoramento do seu peso, preenchido no grupo, foi possível observar que até os primeiros 6 meses ela teve redução de peso, mas, em seguida, alcançou um platô. Agora, um ano depois de encerrado o grupo, ela apresentou um aumento no peso de 9 kg e se sente muito culpada: “Eu não sei o que fazer, minha fome e o meu peso continuam aumentando, apesar de eu me alimentar bem. Deixei de ir à Academia da Saúde, pois estou com vergonha. Me sinto derrotada”.

Nota: ¹Grupo Terapêutico 2 (GT2): proposto no “Instrutivo de Abordagem Coletiva para o Manejo da Obesidade no SUS” para usuários/as com indicação de tratamento cirúrgico da obesidade e com prontidão para redução do peso. Possui duração de 12 meses e meta de redução ponderal de 10%. Para mais detalhes, consulte o Capítulo 6 deste Instrutivo.

3.1 Desafio 1: Comunicação em saúde

A comunicação é elemento central no cuidado da saúde, envolve partilha; interação de ideias, atitudes e emoções; e empatia; sendo essencial para o vínculo (Hyndman, 1995; Moreira *et al.*, 2003; Teixeira, 2004; Schimith *et al.*, 2011). A comunicação promovida pelo/a profissional de saúde pode influenciar as decisões dos/das usuários/as e apoiá-los/las nos processos de mudanças (Moreira *et al.*, 2003; Teixeira, 2004; Schimith *et al.*, 2011). Uma linguagem truncada, com conteúdos técnicos, específicos e usados em excesso (*ex.: IMC>30, PA; Carboidratos; Hemoglobina glicada; Gordura visceral; Frequência cardíaca; Exercícios de intensidade vigorosa; etc.*), pode distanciar e dificultar o entendimento.

Para uma comunicação eficiente, todo termo técnico deve ser acessível. A promoção do letramento em saúde, ou seja, utilizar linguagem fácil e acessível, e explicar termos técnicos, é crucial para compreensão da proposta terapêutica, empoderamento e qualificação do cuidado.

Outra questão importante na comunicação diz respeito às diferenças entre as necessidades dos/das profissionais e do/a usuário/a (Teixeira, 2004). Profissionais, muitas vezes, centram suas ações no diagnóstico, condutas e prescrições (*ex.: “O que mostra exame clínico e IMC? Qual é o grau de obesidade? Quais orientações e medidas terapêuticas ofertar? Ele/a está apto/a para praticar exercícios físicos?”*). No entanto, o/a usuário/a pode ter queixas e angústias para além da doença (*ex.: “Se ele/a me pedir para fazer musculação, não vou fazer, detesto academia. Me sinto feio/a e incapaz. A prioridade é comida para meus filhos. Como vou me exercitar se nem todo dia tenho o que comer?”*) que precisam ser escutadas e acolhidas.

Além disso, presumir que todos/as estão prontos/as para mudar; limitações orgânicas do/a receptor/a ou emissor/a (cognição, *déficit* auditivo ou visual, etc.); e discursos baseados em crenças tendenciosas sobre obesidade e imposição de valores, podem dificultar a comunicação e afetar o cuidado (Coriolano-Marinus *et al.*, 2014; Wharton *et al.*, 2020). Também é relevante considerar os saberes distintos: popular e científico, pois todo e qualquer saber precisa ser respeitado para que se possa construir um novo saber a partir das junções das experiências dos/das interlocutores/as.

No manejo da obesidade, a comunicação possui papel crítico e estratégico por estimular o autocuidado e possibilitar refutar mitos, superar obstáculos e influenciar a adesão ao tratamento (Brasil, 2014a, 2021a). Ela é ainda mais rica quanto mais o/a usuário/a “conversar com” e não ser “interrogado/a por” (Brasil, 2014a). É importante pedir permissão para avaliá-lo/la, oferecer conselhos e apoiá-lo/la. Além disso, é crucial erradicar o uso da narrativa que estigmatiza, discrimina e faz suposições sobre sua suposta irresponsabilidade, culpa e falta de força de vontade (Kirk *et al.*, 2014; Alberga *et al.*, 2019; Wharton *et al.*, 2020; Rubino *et al.*, 2020).

A comunicação pode ser verbal ou não verbal (Fermino; Carvalho, 2007), que podem ser usadas isoladamente ou mescladas (Silva, 2019). A forma verbal trata do uso da linguagem falada e escrita (**Box 3.1**) (Moreira *et al.*, 2003; Behlau; Dragone, 2004). E a não verbal contempla gestos, expressões da face, tom de voz, contato visual, sorrisos, etc. (Muller, 2009).

**BOX
3.1****FORMAS DE
COMUNICAÇÃO VERBAL**

- **Oral:** a voz guarda emoções. A forma como falamos pode provocar impactos positivos ou negativos (ex.: falar rapidamente expressa ansiedade, pressa, tensão, etc.)
- **Escrita:** pode ou não se associar a imagens. Ex.: folhetos, livros, livretos, panfletos, bulas, folder, cartilhas, cartões postais, mensagens de texto via aplicativos
- **Audiovisual:** envolve imagens e sons. Ex.: filmes, vídeos, videoclipes, programas de televisão, etc.
- **Digital:** recursos digitalizados na forma de hipertextos, animações e jogos

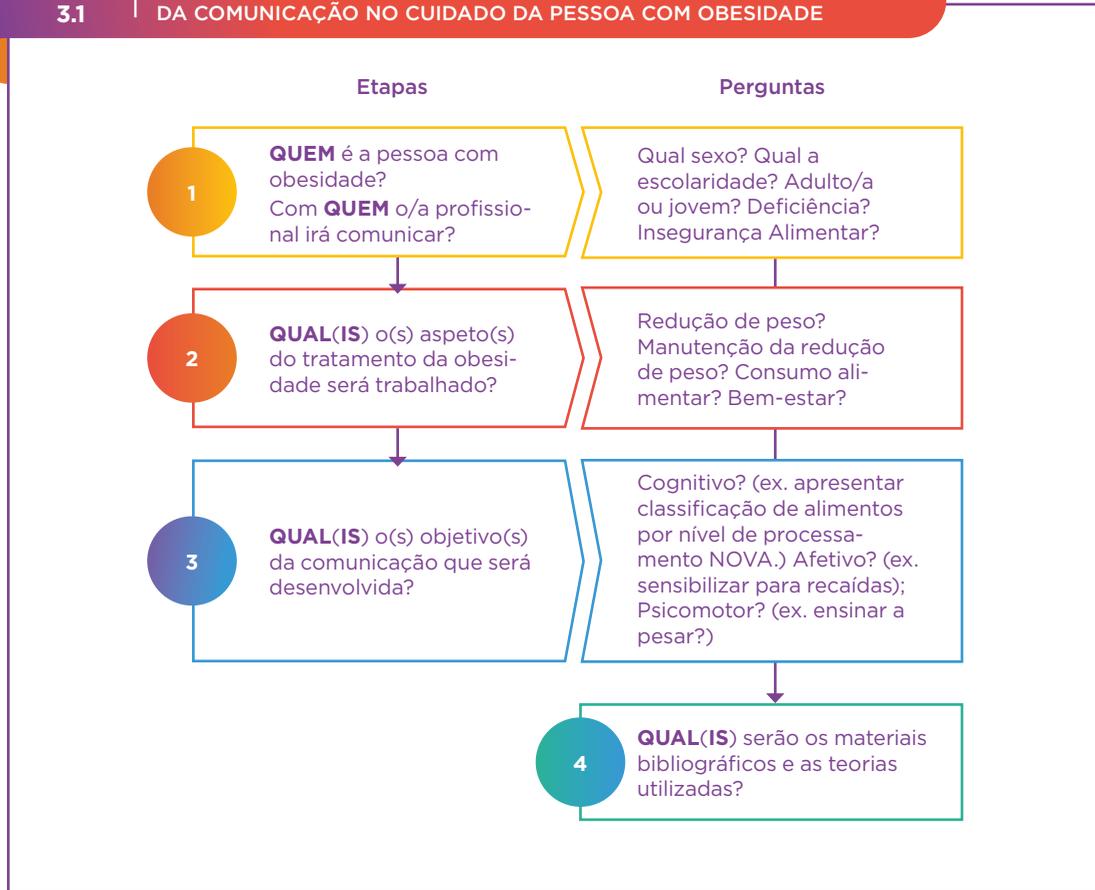
Para o adequado uso da linguagem deve-se considerar a diversidade cultural e educacional, preferências religiosas, ideias, crenças, costumes, comportamento social, formação, os aspectos que envolvem o viver com obesidade, etc. É importante observar também quais aspectos do tratamento da obesidade a serem trabalhados. Para, a seguir, definir o objetivo da comunicação, se cognitivo¹, afetivo² ou psicomotor³. E finalmente, pode-se então, escolher os materiais de consulta e apoio (**Figura 3.1**). Realizado este diagnóstico, é momento de planejar a forma preferencial de comunicação. Para exemplificar, vamos então retomar o caso de Júlia. Suponha que o objetivo de aprendizagem dela, no momento, é psicomotor: precisa se lembrar como pesar para retomar o automonitoramento do peso. Veja no **Quadro 3.1** alguns cenários prováveis.

¹ Aprendizagem cognitiva: aquisição de novo conhecimento; desenvolvimento intelectual, de habilidades e atitudes; inclui reconhecimento de fatos específicos, procedimentos padrões e conceitos que estimulam o desenvolvimento intelectual (Ferraz; Bethot, 2010)

² Aprendizagem afetiva: abarca sentimentos e posturas; e envolve o desenvolvimento de aspectos, como comportamento, atitude, responsabilidade, respeito, emoção e valores (Ferraz; Bethot, 2010).

³ Aprendizagem psicomotora: aprendizado e avaliação de habilidades que combinam ações e conhecimentos adquiridos (Ferraz; Bethot, 2010).

FIGURA 3.1 | ETAPAS QUE PRECEDEM A ESCOLHA DA FORMA E DA ABORDAGEM DA COMUNICAÇÃO NO CUIDADO DA PESSOA COM OBESIDADE



Fonte: elaborada pelas autoras.

**QUADRO 3.1** | ESCOLHENDO A FORMA DE COMUNICAÇÃO PREFERENCIAL PARA A SITUAÇÃO DE JÚLIA

Cenários hipotéticos	Comunicação preferencial	Vantagens e Desvantagens
<ul style="list-style-type: none">Júlia fez ensino médio completo; capacidade cognitiva para entender, letramento em saúde adequado; mas esquece fácil das coisas	Escrita	Vantagens: <ul style="list-style-type: none">Reforça os passos de como pesar, funcionando como guia rápido de consulta em caso de dúvidaPode alcançar outras pessoas do convívio de Júlia Desvantagens: <ul style="list-style-type: none">Exige habilidades de leitura e interpretação de texto
<ul style="list-style-type: none">Júlia fez ensino fundamental incompleto, com limitado letramento em saúde, com dificuldades de leitura e interpretação de texto <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none">Júlia não teve acesso à educação formal, ingressou recentemente na Educação de Jovens e Adultos, mas ainda não consegue ler e/ou escrever	Audiovisual (Vídeo ou animação)	Vantagens: <ul style="list-style-type: none">Não exige leituraOportuniza rever com calma os passos e prestar mais atenção ao pausar o vídeoPermite ser assistido inúmeras vezes e compartilhar Desvantagens: <ul style="list-style-type: none">Vídeos devem ter forma de comunicação simplesExige disponibilidade de equipamentos e habilidades tecnológicas para procurar e assistir vídeos
<ul style="list-style-type: none">Júlia não possui dificuldades de leitura, tem facilidade de lembrar questões discutidas na consulta. Mas, possui letramento em saúde limitado e “pavor” de balança	Jogos	Vantagens: <ul style="list-style-type: none">Favorece discussão, principalmente se representar dificuldades e angústias vividas por Júlia ao pesar-se Desvantagens: <ul style="list-style-type: none">Exigem habilidade e tempo para planejar e executar

Fonte: elaborada pelas autoras.

Nota: letramento inadequado: incapacidade de ler e interpretar textos da área da saúde; letramento limitado: dificuldade de ler e interpretar textos da área da saúde; letramento adequado: capacidade de ler e interpretar a maioria dos textos da área da saúde (Maragno *et al.*, 2019).

Para a efetiva comunicação é importante encorajar a realização de perguntas pelos/ as usuários/as. Prefira questões abertas, interativas e humanizadas (**Box 3.2**), por favorecerem o diálogo e a evocação de dúvidas (Brasil, 2014a). Além disso, fique atento/a para não fornecer informações insuficientes, imprecisas ou ambíguas, sem evidências científicas, ou mesmo autoritárias e incompatíveis com o tempo de consulta (Teixeira, 2004; Silva, 2019).

**BOX
3.2**

**QUESTÕES QUE PODEM SER UTILIZADAS NO PROCESSO
DE COMUNICAÇÃO NA ABORDAGEM INDIVIDUAL**

- Como você se sente em relação ao seu peso?
- Para você, o que tem contribuído para o reganho do peso?
- Nesses dois últimos anos, como está o seu ambiente familiar? E o seu ambiente no trabalho?
- Nesses últimos anos, você e sua família tem tido dificuldades de acesso econômico a alimentos?
- Em casa, como é o apoio para você fazer mudanças na alimentação? Quem cozinha? Quem faz as compras?
- Perto da sua casa, ou do trabalho, é fácil comprar frutas, verduras e legumes com qualidade e bom preço?
- Como é o apoio para você realizar atividade física? Há lugares disponíveis perto da sua casa ou trabalho? Como eles são? Como a sua família ajuda você na organização da sua rotina para que isto seja possível?
- Como você se sentia na Academia da Saúde? Por que parou de frequentar?
- Como seria para você retornar aos encontros em grupo da nossa unidade?

Independente da forma de comunicação, é necessário evitar a estigmatização, o preconceito e os pensamentos discriminatórios, sejam explícitos e/ou implícitos (**Box 3.3**). Essas posturas repercutem negativamente sobre a saúde física, psicológica e social do/a usuário/a, prejudicando os esforços empreendidos no tratamento e na promoção da saúde (Jung Fu *et al.*, 2015; Alberga *et al.*, 2019; Wharton *et al.*, 2020).

**BOX
3.3**

**EXEMPLOS DE PENSAMENTOS DISCRIMINATÓRIOS
EXPLÍCITOS E IMPLÍCITOS**

Explícitos

- Você ainda não iniciou uma atividade física, só pode ser por preguiça.
- Por que você não seguiu as recomendações da última consulta? Onde está a sua força de vontade? O seu peso não atrapalha você a brincar com seus filhos?
- Nossa, seu colesterol está muito alterado. O que você anda comendo?
- Já te falei cuide da sua saúde agora, porque senão amanhã você vai cuidar de mais doenças.

Implícitos (pensamentos internalizados)

- Só pode ser preguiça...
- Não adianta eu fazer nada, se ele/ela não tem força de vontade.
- Não vou fazer a avaliação antropométrica. Já dá para ver que tem obesidade. Além disso, está todo suado/a. Não tenho fita métrica que dê para aferir essa cintura enorme!
- Duvido que ele/ela tenha tentado seguir algumas das orientações que discutimos
- Ele/ela precisa chegar no peso saudável urgente. Será que ainda não viu que a obesidade é um problema?



PARA SABER MAIS

SOBRE COMUNICAÇÃO EM SAÚDE:

SILVA, E. L. O. Métodos de elaboração de materiais de educação em saúde para adultos: revisão integrativa. **Saúde & Tecnologia**, n. 21, p. 60-67, 2019.

SOBRE ESTIGMA:

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, 2022. 55 p.

3.2 Desafio 2: Adesão ao tratamento

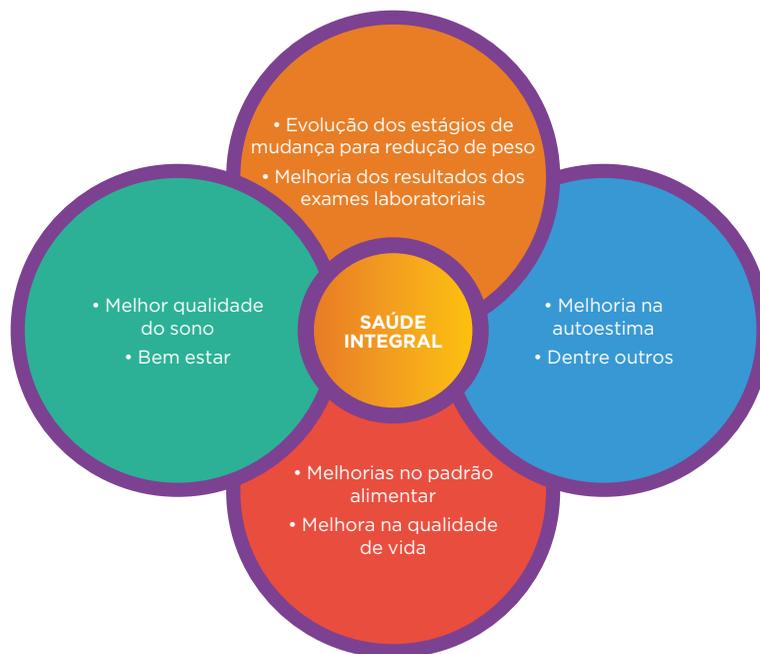
A adesão ao tratamento é um dos maiores desafios no manejo da obesidade (Burlandy *et al.*, 2020). Entre os obstáculos para adesão estão: falta de prontidão para reduzir peso; baixa autoeficácia; pouca motivação e indisponibilidade de espaços públicos seguros para prática de atividade/exercício físico; condição financeira ou desemprego; insegurança alimentar; ausência de suporte social; múltiplas tarefas domésticas e/ou profissionais; ambiente alimentar obesogênico, com elevada disponibilidade de alimentos ultraprocessados e baixa disponibilidade de alimentos in natura e minimamente processados; ocupações sedentárias, etc. Além disso, familiares, comunidade, profissionais e ambientes de saúde que perpetuam a obesidade como estereótipo de falha pessoal, e que possuem estigma anti-gordura e preconceito com o peso, também podem prejudicar a adesão (Dias *et al.*, 2017; Wharton *et al.*, 2020; Burlandy *et al.*, 2020; Paim *et al.*, 2020).

Apesar de a obesidade ser uma doença multifatorial e de abordagem complexa, a baixa adesão ao tratamento, por vezes, é vista apenas como uma dificuldade individual em mudar hábitos. Isto é um erro! Aspectos genéticos, socioeconômicos, ambientais e socioculturais, entre outros, interagem na manifestação da obesidade, e esta rede complexa atua mesmo contra a vontade da pessoa. Assim, posturas culpabilizadoras podem impedir o/a profissional de saúde de compreender a adesão como um processo complexo e desafiador, abstendo do seu papel de corresponsável pelo cuidado (Arora *et al.*, 2019; Brasil, 2022).

Os obstáculos que comprometem a adesão ao tratamento da obesidade podem gerar “frustração” no/a profissional, por vezes, associada à sensação de impotência para lidar com a complexidade clínica, comportamental e ambiental envolvida. Ele/a pode também se sentir ultrapassado/a ou mesmo amedrontado/a com seu discurso sobre o peso, reconhecendo que práticas estigmatizantes o acompanham. No entanto, o próprio modelo de atenção da Estratégia de Saúde da Família (ESF) é uma ferramenta para o enfrentamento desses obstáculos, uma vez que, fundamenta-se na integralidade do cuidado em rede, com foco na família, na compreensão dos condicionantes históricos, sociais, culturais, econômicos e ambientais do processo saúde-doença. Além disso, preconiza relações acolhedoras, de vínculo e corresponsabilidade entre profissionais de saúde e a comunidade (Burlandy *et al.*, 2020; Dias *et al.*, 2017).

Para evitar frustrações de ambas as partes é necessário avaliar o tratamento para além da redução do peso, valorizando ganhos que contemplem a saúde integral da pessoa (Figura 3.2).

FIGURA 3.2 | MUDANÇAS QUE DEVEM SER VALORIZADAS NO CUIDADO DA PESSOA COM OBESIDADE.



Fonte: elaborada pelas autoras.

As condutas dos/das profissionais podem contribuir para a motivação e a melhoria da adesão, assim como para o empoderamento e a autonomia do/a usuário/a para identificar obstáculos e superá-los. Neste sentido, é importante que as metas não estejam distantes da realidade, da prontidão e do desejo de mudar do/a usuário/a. E caso não se atinja o que foi pactuado, o/a profissional deve ter postura acolhedora e compreensiva, observando as dificuldades enfrentadas e propondo, se necessário, que a meta seja modificada ou substituída, frisando sempre que os obstáculos não necessariamente impedem alcançar novos ganhos.

Além do apoio multiprofissional da equipe de saúde, o apoio da família, dos/as amigos/as e das organizações comunitárias é essencial para adesão ao tratamento. Entretanto, entraves relacionados a transtornos alimentares e ao gerenciamento do peso também podem interferir neste processo (Cavalcanti; Oliveira, 2012; Dias *et al.*, 2017).



3.3 Desafio 3: Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP)

É comum identificar usuários/as que chegam à Unidade de Saúde imersos/as em um ciclo de início e abandono sucessivo de dietas, frequentemente restritivas, que favorecem o desenvolvimento de transtornos alimentares.

Transtornos alimentares são doenças mentais com curso crônico e variável. A anorexia e a bulimia nervosa, e a compulsão alimentar são os mais prevalentes (Alvarenga *et al.*, 2020), mas, em pessoas com obesidade tende a ser mais comum o TCAP (Klobukoski; Hofelman, 2017). TCAP caracteriza-se por episódios recorrentes de compulsão sem o uso de métodos compensatórios, acompanhados de vergonha, culpa e nojo (Azevedo *et al.*, 2004; Alvarenga *et al.*, 2020). Veja no **Quadro 3.2**, algumas características de pessoas com esse transtorno.

Quadro 3.2 - Características que podem estar presentes em pessoas com TCAP

QUADRO 3.2 | CARACTERÍSTICAS QUE PODEM ESTAR PRESENTES EM PESSOAS COM TCAP

- Perda de controle da quantidade e qualidade de alimentos consumidos em um período curto (episódios se repetem, pelo menos, 1 dia/semana durante últimos 3 meses)
- Preferir comer sozinho/a ou escondido por vergonha da quantidade de alimentos consumida
- Baixa autoestima;
- Preocupação extrema com a aparência e menor com o peso
- Apresentar-se depressivo/a e com dificuldades de socialização
- Pior qualidade de vida e insatisfação com a saúde
- Pode não reconhecer que possui compulsão alimentar, influenciando negativamente na terapêutica

Fonte: Alvarenga *et al.*, 2020.

A Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP) (**Anexo A**) pode ser aplicada para identificar usuários/as em risco de TCAP, podendo ser necessário auxílio do/a profissional no seu preenchimento (Brasil, 2014c). Para o diagnóstico deve-se associar os resultados da ECAP à avaliação da saúde mental (Brasil, 2014c; Alvarenga *et al.*, 2020). E para auxiliar tanto no diagnóstico, quanto no acompanhamento é importante a presença da família nas consultas.

A identificação precoce do TCAP contribui para o sucesso do tratamento, inclusive em usuários/as com indicação para cirurgia bariátrica ou no pós-cirúrgico. Nas reuniões interdisciplinares, se possível, deve contar com nutricionista, psicólogo/a e psiquiatra e deve discutir a abordagem terapêutica (Alvarenga *et al.*, 2020). Evidências apontam ainda a boa efetividade da Terapia Cognitivo-Comportamental conduzida por terapeutas e psicólogos/as no acompanhamento de usuários/as com TCAP (Cortez *et al.*, 2011; Nunes, 2013).

Usuários/as e familiares devem ser informados/as sobre o diagnóstico de TCAP desde o início e envolvidos/as na escolha das abordagens terapêuticas. A equipe deve estimular o autocuidado, deixando claro que recaídas fazem parte do processo (Cortez *et al.*, 2011;

Nunes, 2013). Pode ser efetivo a construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) para planejar e implementar as estratégias, de forma a envolver a equipe, familiares e o/a usuário/a (Mais detalhes sobre o PTS no **Capítulo 4**). Na Atenção Primária à Saúde (APS), deve-se também envolver o território e a equipe de Saúde Mental no cuidado; e para os casos que demandem atenção especializada, a equipe deve providenciar o encaminhamento para profissionais habilitados, inclusive nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (Brasil, 2014c).

É importante lembrar que, no caso de usuários/as com obesidade e TCAP, primeiro deve-se priorizar a redução ou a interrupção dos episódios de compulsão alimentar, para depois, trabalhar os demais aspectos envolvidos do manejo da obesidade (Brasil, 2014c).

PARA SABER MAIS

SOBRE A ESCALA DA COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA (ECAP):

BRASIL. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014 (Cadernos de Atenção Básica, n. 38).

3.4 Desafio 4: Suporte social e apoio ao tratamento

A rede social é um sistema aberto, no qual relações importantes e significativas são firmadas. Podem ultrapassar o contexto familiar nuclear (pai, mãe e irmãos/ãs) e extenso (tios/as, primos/as, sobrinhos/as e outros familiares), atingindo ambientes, como de trabalho, de estudo e da Unidade de Saúde. A presença de vínculos sólidos e próximos, sobretudo em períodos de maior estresse como no tratamento da obesidade, é importante (Scherer *et al.*, 2019).

O tratamento da obesidade e os desafios inerentes à mudança de comportamento podem ser facilitados quando laços sociais próximos e significativos trabalham em conjunto, demonstrando compromisso, comunicação e compartilhamento de tarefas (Scherer *et al.*, 2019). Entretanto, em geral, observa-se baixo apoio social que, provavelmente, afeta a motivação do/a usuário/a em realizar mudanças (ex.: laços familiares que sabotam escolhas alimentares) (Scherer *et al.*, 2019). Há ainda situações em que a rede é responsável pelos eventos mais fortes de discriminação, desmotivando e prejudicando os esforços empreendidos.

Nesse sentido, é preciso resgatar a rede social, considerando que profissionais de saúde e a comunidade também podem ter laços significativos com o/a usuário/a. A compreensão empática do/a profissional é uma habilidade importante, que facilita a adesão ao tratamento e tranquiliza o/a usuário/a quanto à superação de obstáculos (Andrade; Vaitsman, 2002). Paralelamente, também é importante envolver vizinhos/as e referências comunitárias na rede de apoio.

Pessoas com obesidade, em especial aquelas que vivem em situações de vulnerabilidade incluindo insegurança alimentar, frequentemente podem receber menor apoio social e familiar, sofrer preconceitos e vivenciar conflitos em seus relacionamentos. As relações sociais,



portanto, não podem ser negligenciadas (Tymoszuk *et al.*, 2019). Para além do suporte profissional, familiar e da comunidade, a participação em atividades coletivas também é importante por favorecer a construção de novos vínculos e o desenvolvimento de recursos adicionais para o enfrentamento dos obstáculos, atuando como fator psicossocial significativo que contribui para maior confiança pessoal e satisfação com a vida (Scherer *et al.*, 2019).

3.5 Desafio 5: Gerenciamento do peso corporal

A redução do peso é complexa e envolve fatores como idade, sexo, escolaridade, quantidade de peso em excesso, uso de medicamentos, frequência do aconselhamento, prática de atividade física, condições psíquicas e sociais, entre outras. Ademais, a manutenção dos resultados obtidos é bastante desafiadora (Wing; Phelan, 2005; Wu *et al.*, 2009; Loveman *et al.*, 2011; Greenway, 2015; Hall; Kahan, 2018).

Investigações mais realistas sobre a trajetória do peso devem considerar a regulação do apetite, o declínio do gasto energético com a redução do peso e o funcionamento dos circuitos de feedback que influenciam o consumo de alimentos (Rosebaum *et al.*, 2008; Greenway, 2015; Ochner *et al.*, 2015), sem esquecer dos fatores emocionais, sociais e ambientais. À medida que as pessoas reduzem o peso, respostas fisiológicas se opõem em uma “batalha” para evitar a continuidade desse processo (Hall; Kahan, 2018). Quando há interrupção da redução do peso tem-se o platô ou fase estática. Nesta fase é importante reforçar com o/a usuário/a que não há necessariamente uma falha na autorregulação do peso, ou seja, a resistência ao emagrecimento por retorno ao estilo de vida anterior. Do ponto de vista clínico, o platô sugere uma defesa do corpo para prolongar a vida, promovendo mudanças no apetite e no metabolismo (Ochner *et al.*, 2015; Hall; Kahan, 2018).

Em geral, o tratamento de pessoas com obesidade, primeiro resulta em redução mais rápida do peso, seguida de platô, e da recuperação progressiva do peso (Anderson *et al.*, 2001; Wing; Phelan, 2005; Franz *et al.*, 2007; Wu *et al.*, 2009; Loveman *et al.*, 2011). O platô é atingido geralmente nos primeiros 3 a 6 meses após o início da redução de peso. Depois disso, inicia-se a recuperação do peso, que tende a retornar ao valor basal em 1 a 2 anos (Anderson *et al.*, 2001; Thomas *et al.*, 2014; Hall; Kahan, 2018).

Após a redução do peso, seja gradual ou rápida, os compartimentos de gasto de energia podem ser reajustados. Esta redução do gasto energético é chamada de termogênese adaptativa, que pode persistir por anos (Campos *et al.*, 2013; Fothergill *et al.*, 2016). A termogênese “conspira” contra a redução do peso, ou seja, o organismo tende a se adaptar para armazenar energia para recuperar o peso perdido. Paralelamente, ocorrem outras adaptações endócrinas que aumentam o apetite e reduzem a saciedade, influenciando as quantidades de alimentos consumidas (Sumithran *et al.*, 2011; Polidori *et al.*, 2016). Essas adaptações metabólicas e neuro-hormonais associadas à velocidade da redução do peso (gradual vs. rápida) podem prejudicar o gerenciamento adequado do peso, promovendo reganho e dificuldades para manter o peso (Ochner *et al.*, 2015; Ashtary-Larky *et al.*, 2020). A sua base mecânica ainda não está totalmente esclarecida, no entanto, há indícios de que a redução gradual de peso ofereça mais benefícios do que a redução rápida (Ashtary-Larky *et al.*, 2020).

O padrão mais típico de reganho de peso em longo prazo se dá pela resposta fisiológica à redução do peso e o retorno aos hábitos antigos, somado aos desafios do ambiente alimentar. Entretanto, a redução da autoeficácia para uma alimentação adequada e saudável, e para a prática de atividade física; redução do automonitoramento da alimentação, do peso e da atividade física; ausência ou perda da rede de apoio; e redução da frequência de contato com os/as profissionais de saúde também são importantes (Gudzune, 2016; Jorge *et al.*, 2019).

A velocidade da redução do peso, a manutenção de ganhos obtidos e a prevenção de recaídas exigem atenção da equipe em longo prazo, reforçando a importância do cuidado longitudinal na APS. É importante lembrar que a recaída faz parte do processo e que o/a usuário/a pode voltar a ganhar peso por diferentes motivos; mas, que a retomada do comportamento conquistado é prioridade. Para isto, ele/a precisa de apoio e o reganho de peso precisa ser identificado precocemente. Estratégias preventivas visando favorecer a manutenção dos ganhos obtidos, como a participação no Grupo Terapêutico 3 proposto no Instrutivo de Abordagem Coletiva para Manejo da Obesidade no SUS (Brasil, 2021a), podem ser adotadas.

Detalhes sobre o Grupo Terapêutico 3:

- Instrutivo de Abordagem Coletiva para Manejo da Obesidade no SUS: BRASIL. Ministério da Saúde; UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. **Instrutivo de Abordagem Coletiva para Manejo da Obesidade no Sistema Único de Saúde: Caderno de Atividades Educativas.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. 145p.

PARA SABER MAIS

SOBRE GERENCIAMENTO DO PESO - PLATÔ E REGANHO DE PESO:

HALL, K. D.; KAHAN, S. Maintenance of Lost Weight and Long-Term Management of Obesity. **The Medical clinics of North America**, v. 102, n. 1, p. 183-197, 2018.



3.6 Desafio 6: Estrutura do serviço de saúde e processos de trabalho

Existem obstáculos enfrentados pelos/pelas profissionais e equipes de saúde que podem prejudicar o êxito do cuidado. Estes podem ser tanto relativos à estrutura dos serviços de saúde, quanto aos processos de trabalho, e devem ser identificados e, se possível, superados para que não impeçam a devida atenção às necessidades de saúde dos/das usuários/as.

Apresentamos no **Quadro 3.3** os obstáculos que profissionais da APS e da AE brasileira relataram vivenciar no cuidado de usuários/as com obesidade em seu cotidiano de trabalho (Lopes *et al.*, 2020), bem como sugestões que podem auxiliar no enfrentamento dos obstáculos.

QUADRO 3.3 | OBSTÁCULOS RELATADOS POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE PARA O MANEJO DA OBESIDADE E POSSÍVEIS SOLUÇÕES

	Obstáculos	Possíveis soluções
Estrutura do serviço	Pouco acesso a materiais instrucionais	Acessar biblioteca da Atenção Primária à Saúde (https://aps.saude.gov.br/biblioteca/index): Cadernos de Atenção Básica; Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Sobrepeso e Obesidade em Adultos; Instrutivo de Abordagem Coletiva para Manejo da Obesidade no SUS e Caderno de Atividades Educativas; Material Teórico para Suporte ao Manejo da Obesidade no Sistema Único de Saúde; Guia Alimentar para a População Brasileira; Manual de Atenção às pessoas com Sobrepeso e Obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do SUS; Guia de Atividade Física para a População Brasileira, Fascículo 1: Protocolo de Uso do Guia Alimentar para a População Brasileira na Orientação Alimentar, etc.
	Ambiente alimentar pouco saudável	<ul style="list-style-type: none">• Incentivar construção de projetos de saúde no território e políticas intersetoriais (ex.: hortas comunitárias, comercialização de alimentos in natura com baixo custo)• Desenvolver ações de Educação Alimentar e Nutricional• Investigar aspectos de Insegurança Alimentar do domicílio
	Alta demanda curativa e/ou por atendimento individual	<ul style="list-style-type: none">• Realizar educação permanente sobre modelos de atenção à saúde e abordagem coletiva• Conciliar abordagem coletiva e individual para otimizar os atendimentos e os resultados• Promover ações de promoção da saúde no território
	Estrutura física inadequada (fita métrica inelástica de 220cm; balanças até 200kg; sala para grupos; computador e internet, etc.)	<ul style="list-style-type: none">• Solicitar adequação da estrutura física à gestão local• Buscar parcerias na comunidade de espaços físicos (ex.: igrejas, centros de convivência)• Participar das reuniões do Conselho Municipal de Saúde para requisitar estrutura e recursos necessários

Estrutura do serviço	Falta de capacitação, dificuldades para orientar segundo Guia Alimentar para População Brasileira e condutas divergentes	<ul style="list-style-type: none"> Promover educação permanente sobre manejo da obesidade no cotidiano de trabalho Acionar apoio técnico-pedagógico e clínico-assistencial Acessar e divulgar materiais que apoiam o uso do Guia Alimentar Acessar materiais da biblioteca da Atenção Primária à Saúde (https://aps.saude.gov.br/biblioteca/index)
	Atuação multidisciplinar insuficiente e obstáculos na comunicação na Rede de Atenção	<ul style="list-style-type: none"> Realizar diagnóstico situacional e epidemiológico para embasar a necessidade de inserção de novas categorias profissionais Buscar apoio da gestão para inserção de novas categorias profissionais Realizar educação permanente sobre apoio matricial e prática colaborativa interprofissional Promover e fortalecer reuniões interdisciplinares e de matriciamento, e devolutiva de casos Debater a implementação da Linha de Cuidado de Sobrepeso e Obesidade
Processo de Trabalho	Atuação multidisciplinar insuficiente e obstáculos na comunicação na Rede de Atenção	<ul style="list-style-type: none"> Buscar apoio da gestão para inserção de novas categorias profissionais Realizar diagnóstico situacional e epidemiológico para embasar a gestão da necessidade de inserção de novas categorias profissionais Educação permanente sobre apoio matricial e prática colaborativa interprofissional Promover e fortalecer reuniões interdisciplinares e de matriciamento, e devolutiva de casos Debater a implementação da Linha de Cuidado de Sobrepeso e Obesidade
	Presença de comorbidades	<ul style="list-style-type: none"> Atuar interdisciplinarmente para atender demandas do/a usuário/a, e evitar intervenções desnecessárias Promover discussões compartilhadas de casos Fortalecer o cuidado em rede e a comunicação com a Atenção Especializada para os casos mais graves, incluindo fortalecimento da referência e contrarreferência Desenvolver atividades de educação permanente em parceria com diferentes serviços
	Baixa adesão ao tratamento da obesidade	<ul style="list-style-type: none"> Pautar o cuidado em teorias de mudança de comportamento Evitar estigmatização e gordofobia Realizar abordagem centrada no/a usuário/a Manter contato contínuo com o/a usuário/a, intercalando contatos presenciais (coletivos e individuais) e telemonitoramento Fortalecer a prática colaborativa e interprofissional Promover ações que busquem promover a rede social e de apoio Estabelecer estratégias de automonitoramento do peso e comportamentos de saúde Favorecer a adoção de metas realistas para redução e manutenção do peso corporal Valorizar as mudanças positivas para além apenas da redução do peso (ex.: início à prática de atividade física, aumento da ingestão de frutas, etc.)

Fonte: Lopes *et al.*, 2020; Brasil, 2014a, 2014b, 2014c, 2021a, 2021b, 2021c; Trankle *et al.*, 2019.



Para finalizar o capítulo, vamos ver como está Júlia.

Júlia

Antes de sair para o trabalho, Júlia recebeu a visita da Agente Comunitária de Saúde (ACS) Solange. Ela adiantou que não poderia conversar por muito tempo, mas mencionou a sua preocupação com o reganho de peso. Solange percebeu que este assunto era relevante para ela e disse:

- Conversarei com a Aline, enfermeira, mas gostaríamos de te escutar. Você poderia ir à Unidade de Saúde?

Júlia respondeu que sim e finalizou dizendo:

- Me sinto derrotada, mas sei que preciso fazer alguma coisa. Nunca me imaginei assim!

Depois e alguns dias, na consulta com Aline, Júlia relatou novamente sua preocupação com o reganho do peso. Aline, então conversou com ela:

- Júlia, reduzir peso e manter em longo prazo é um desafio. Você parece frustrada, achando que não é capaz de alcançar novas metas. Mas, você trabalhou muito para alcançar este resultado e progrediu. Você está com 89 kg, certo? Isso é quase 10% menos do que quando você iniciou o tratamento..., é muito bom. Mesmo nas melhores situações de tratamento da obesidade, chega um momento que o peso "estaciona", sendo comum engordar; lembra que conversamos sobre isso? Você precisa também valorizar outros ganhos que teve com o tratamento, como a redução de medicamentos para controle da pressão e a glicemia sob controle, além disso, não te vi mais reclamando de dor nos joelhos. Proponho que você valorize todas as suas conquistas e que possamos descobrir juntas como seguir em frente em relação ao peso. Lembre-se, estamos com você!

- Ah Aline obrigada, a gente vai desanimando e até esquece tudo de bom que já aconteceu. Foi um trabalho duro, mas valeu a pena. O que a gente pode fazer agora?

Na sequência, Aline e Júlia trabalharam para identificar os obstáculos que estavam dificultando a redução de peso, e escolheram o retorno à prática de exercício físico como prioridade.

- Então, você me contou que parou de frequentar a Academia da Saúde. Seria possível retomar a prática de algum outro tipo de exercício físico? O que você acha? Movimentar deve fazer parte da rotina de todo mundo, é um hábito importante em todos os momentos da vida. O exercício pode te ajudar no controle do peso, mas também a diminuir a ansiedade e aumentar a disposição para as atividades do dia-a-dia.

- Eu quero muito, difícil é arrumar tempo.

Na sequência, elas analisaram a rotina de Júlia para verificarem possibilidades, construírem uma meta, e identificarem possíveis obstáculos a serem enfrentados para colocar a meta em prática. Júlia trabalha de 9 às 18 horas, e pensou em praticar caminhada três dias da semana (segunda, quarta e sexta), antes do trabalho. Teve receio de deixar para à noite e estar muito cansada ou ocupada com as tarefas domésticas. Para sair de casa mais cedo, o marido terá de ficar com as crianças, ela então reorganizará a divisão das atividades com ele.

Para ajudar a usuária no automonitoramento da prática, Aline entregou um diário de exercícios físicos a ser preenchido e entregue no retorno.

Após um mês, Júlia retorna à consulta com Aline e apresenta seu diário de prática de exercício físico:

Diário de prática de exercício físico de Júlia

MÊS: MAIO						
DOMINGO	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO
			1	2	3 30 MIN CAMINHADA	4
5	6 30 MIN CAMINHADA	7	8 30 MIN CAMINHADA	9	10	11
12	13	14 30 MIN CAMINHADA	15	16	17 30 MIN CAMINHADA	18
19	20 30 MIN CAMINHADA	21	22 30 MIN CAMINHADA	23	24 30 MIN CAMINHADA	25
26	27 30 MIN CAMINHADA	28	29	30	31 30 MIN CAMINHADA	

Fonte: elaborada pelas autoras.

Aline parabeniza Júlia por ter iniciado a prática de exercício físico e manter a regularidade. Não foi possível ainda caminhar três dias em todas as semanas, mas Júlia já iniciou o processo de mudança, e em uma das semanas atingiu a meta. A seguir, elas conversaram sobre a possibilidade de propor uma nova meta, como Júlia participar de alguma Prática Integrativa e Complementar (PICS) disponível na unidade.

MENSAGENS CENTRAIS DO CAPÍTULO

- Melhorar a comunicação contribui para adesão e efetividade do tratamento.
- Pessoas com obesidade podem apresentar TCAP, sendo o seu tratamento prévio essencial para o manejo da obesidade.
- Relações sociais não devem ser negligenciadas no tratamento da obesidade. Deve-se acionar a rede social do território para o apoio ao tratamento, sendo a abordagem coletiva uma estratégia importante.
- Adaptações fisiológicas à redução de peso, ambiente obesogênico e padrões de comportamento exercem efeitos sobre a trajetória do peso, em especial sobre o reganho.
- Tratamento da obesidade, de modo geral e independente do grau de redução de peso, primeiro resulta em redução rápida de peso, seguida de platô, sendo frequente, a recuperação progressiva do peso.
- Desafios do manejo da obesidade relacionados à estrutura do serviço de saúde e aos processos de trabalho devem ser identificados e superados visando a efetividade do tratamento e a manutenção dos resultados.



REFERÊNCIAS

- ALBERGA, A. S. *et al.* Weight bias and health care utilization: a scoping review. **Prim. Health Care Res. Dev.**, n. 20, e116, 2019.
- ALVARENGA, M. S. *et al.* **Transtornos alimentares e nutrição**: da prevenção ao tratamento. Barueri: Manole, 2020. 570p.
- ANDERSON, J.W. *et al.* Long-term weight-loss maintenance: a meta-analysis of US studies. **Am. J. Clin. Nutr.**, v. 74, n. 5, p. 579-584, 2001.
- ANDRADE, G. R. B.; VAITSMAN, J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 925-934, 2002.
- ARORA, M. Stigma and obesity: the crux of the matter. **Lancet Public Health**, n.4, e549-e550, 2019.
- ASHTARY-LARKY, D. *et al.* Effects of gradual weight loss v. rapid weight loss on body composition and RMR: a systematic review and meta-analysis. **British Journal of Nutrition**, v. 124, n. 11, p. 1121-1132, 2020.
- AZEVEDO, A. P. *et al.* Transtorno da compulsão alimentar periódica. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 31, n. 4, p. 170-172, 2004.
- BEHLAU, M.; DRAGONE, M. L. S. **A voz que ensina**: o professor e a comunicação oral em sala de aula. Rio de Janeiro: Editora Revinter, 2004. 68p.
- BRASIL. Ministério da Saúde; UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. **Instrutivo de abordagem coletiva para Manejo da Obesidade no Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021a. 145p.
- BRASIL. Ministério da Saúde; UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. **Instrutivo de abordagem coletiva para Manejo da Obesidade no Sistema Único de Saúde**: Caderno de Atividades Educativas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021b.
- BRASIL. Ministério da Saúde; UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. **Fascículo 1 Protocolos de uso do guia alimentar para a população brasileira na orientação alimentar**: bases teóricas e metodológicas e protocolo para a população adulta. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021c.

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, 2022. 55 p. : il.

BRASIL. Ministério da Saúde. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Perspectivas e desafios no cuidado às pessoas com obesidade no SUS: resultados do Laboratório de Inovação no manejo da obesidade nas Redes de Atenção à Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014a. 116 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Perspectivas e desafios no cuidado às pessoas com obesidade no SUS: resultados do Laboratório de Inovação no manejo da obesidade nas Redes de Atenção à Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Organização Pan-Americana da Saúde. 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica: obesidade**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014c. 212 p.

BURLANDY, L. *et al.* Modelos de assistência ao indivíduo com obesidade na atenção básica em saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 3, 2020.

CAMPOS, S. G. *et al.* Weight loss, weight maintenance, and adaptive thermogenesis. **American Journal of Clinical Nutrition**, v. 97, p. 990-994, 2013.

CAVALCANTI, A. M.; OLIVEIRA, A. C. L. **Autocuidado apoiado: manual do profissional de saúde**. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde, 2012.

CORIOLO-MARINUS, M. W. L. *et al.* Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. **Saude Sociedade**, v. 23, n. 4, p. 1356-1369, 2014.

CORTEZ, C. M. *et al.* Transtorno de compulsão alimentar periódico e obesidade. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 40, n. 1, p. 94-102, 2011.

DIAS, P. C. *et al.* Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 7, 2017.

FERMINO, T. Z.; CARVALHO, E. C. A comunicação terapêutica com pacientes em transplante de medula óssea: perfil do comportamento verbal e efeito de estratégia educativa. **Cogitare Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 287-289, 2007.

FERRAZ, A. P. C. M.; BELHOT, R. V. Taxonomia de Bloom: revisão teórica e apresentação das adequações do instrumento para definição de objetivos instrucionais. **Gestão & Produção**, São Carlos, v. 17, n. 2, p. 421-431, 2010.



FOTHERGILL, E. *et al.* Persistent metabolic adaptation 6 years after “The Biggest Loser” competition. **Obesity (Silver Spring)**, v. 24, p. 1612-1619, 2016.

FRANZ, M. J. *et al.* Weight-loss outcomes: a systematic review and metaanalysis of weight-loss clinical trials with a minimum 1-year follow-up. **Journal of the American Dietetic Association**, v. 107, n. 10, p. 1755-1767, 2007.

GREENWAY, F. L. Physiological adaptations to weight loss and factors favoring weight regain. **International Journal of Obesity**, v. 39, n. 8, p. 1188-1196, 2015.

GUDZUNE, K. Dietary and Behavioral Approaches in the Management of Obesity. **Gastroenterol Clin. North. Am.** v. 45, n. 4, p. 653-661, 2016.

HALL, K. D.; KAHAN, S. Maintenance of Lost Weight and Long-Term Management of Obesity. **The Medical clinics of North America**, v. 102, n. 1, p. 183-197, 2018.

HYNDMAN, B. **Health communication and community mobilization: complementary strategies for health promotion.** Toronto (ON): University of Toronto, p. 42, 1995.

JORGE, R. *et al.* Preditores comportamentais e psicossociais da perda e manutenção do peso perdido a longo prazo: uma revisão conceptual de revisões. **Acta Portuguesa De Nutrição**, v. 17, p. 16-20, 2019.

JUNG, F. U. *et al.* Dietitians and Nutritionists: Stigma in the Context of Obesity. A Systematic Review. **PLoS One**, v. 10, e0140276, 2015.

KIRK, S. F. L. *et al.* Blame, shame, and lack of support: a multilevel study on obesity management. **Qualitative Health Research**, v. 14, p. 790-800, 2014.

KLOBUKOSKI, C.; HOFELMANN, D. A. Compulsão alimentar em indivíduos com excesso de peso na Atenção Primária à Saúde: prevalência e fatores associados. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 443-452, 2017.

LOPES, M. S. *et al.* Challenges for obesity management in a unified health system: the view of health professionals. **Fam. Pract.**, v. 38, Issue 1, p. 4-10, feb. 2020.

LOVEMAN, E. *et al.* The clinical effectiveness and cost-effectiveness of long-term weight management schemes for adults: a systematic review. **Health technology assessment (Winchester, England)**, v. 15, n. 2, p. 1-182, 2011.

- MARAGNO, C. A. D. *et al.* Teste de letramento em saúde em português para adultos. **Revista Brasileira de Epidemiologia** v. 22, e190025, abr. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720190025>.
- MOREIRA, M. F. *et al.* Comunicação escrita: contribuição para a elaboração de material educativo em saúde [Written communication: contribution for the elaboration of educational material in health]. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 56, n. 2, p. 184-188, 2003.
- MÜLLER, M. R. Aspectos Relevantes na Comunicação em Saúde. **Psicologia IESB**, v. 1, n. 1, p. 72-79, 2009.
- NUNES, R. M. **Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP) e a abordagem da Terapia Cognitiva Comportamental**. 2013. 23p. Artigo final (Pós-Graduação em Desenvolvimento Humano) – Faculdade de Psicologia, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2013.
- OCHNER, C. N. *et al.* Treating obesity seriously: when recommendations for lifestyle change confront biological adaptations. **Lancet Diabetes Endocrinol**, v. 3, n. 4, p. 232-234, 2015.
- PAIM, M. B, KOVALESKI, D. F. Análise das diretrizes brasileiras de obesidade: patologização do corpo gordo, abordagem focada na perda de peso e gordofobia. **Saúde Soc.**, v. 29, e190227, 2020.
- POLIDORI, D. *et al.* How Strongly Does Appetite Counter Weight Loss? Quantification of the Feedback Control of Human Energy Intake. **Obesity (Silver Spring)**, v. 24, n. 11, p. 2289-2295, 2016.
- ROSENBAUM, M. *et al.* Long-term persistence of adaptive thermogenesis in subjects who have maintained a reduced body weight. **American Journal of Clinical Nutrition**, v. 88, n. 4, p. 906-912, 2008.
- RUBINO, F. *et al.* Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. **Nat. Med.**, n. 26, p. 485-497, 2020.
- SCHERER, A. *et al.* Rede social significativa e de suporte social: impacto no tratamento bariátrico. **Psicologia, Saúde & Doença**, v. 20, n. 3, p. 630-650, 2019.
- SCHIMITH, M. D. *et al.* Relações entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas em saúde [Relationships between health professionals and users throughout health care practices]. **Trabalho, Educação e Saúde**. v. 9, n. 3, p. 479-503, 2011.
- SILVA, E. L. O. Métodos de elaboração de materiais de educação em saúde para adultos: revisão integrativa. **Saúde & Tecnologia**, n. 21, p. 60-67, 2019.



SUMITHRAN, P. *et al.* Long-term persistence of hormonal adaptations to weight loss. **The New England Journal of Medicine**, v. 365, n. 17, p. 1597-1604, 2011.

TEIXEIRA, J. A. C. Comunicação em saúde: Relação Técnicos de Saúde - Utentes. **Aná. Psicológica**, v. 22, n. 3, p. 615-620, 2004.

THOMAS, D. M. *et al.* Effect of dietary adherence on the body weight plateau: a mathematical model incorporating intermittent compliance with energy intake prescription. **The American journal of clinical nutrition**, v. 100, n. 3, p. 787-795, 2014.

TRANKLE, S. A. *et al.* Integrating health care in Australia: a qualitative evaluation. **BMC Health Services Research**, v. 19, n. 954, 2019.

TYMOSZUK, U. *et al.* Social support and trajectories of body mass index and waist-to-hip ratio from mid-adulthood to old age. **Epidemiol Community Health**, v. 73, n. 2, p. 111-116, 2019.

WHARTON, S. *et al.* Obesity in adults: a clinical practice guideline. **CMAJ**, v.192, n. 31, e875- e891, 2020.

WING, R. R.; PHELAN, S. Long-term weight loss maintenance. **American Journal of Clinical Nutrition**, v. 82, p. 222S-225S, 2005. Suppl.

WU, T. *et al.* Long-term effectiveness of diet-plus-exercise interventions vs. diet-only interventions for weight loss: a meta-analysis. **Obesity Reviews**, v. 10, n. 3, p. 313-323, 2009.

ABORDAGEM INDIVIDUAL DA PESSOA COM OBESIDADE NO SUS

O cuidado da pessoa com obesidade pode demandar diferentes tipos de atendimento individual, sempre pautados em evidências científicas. Dessa forma, o capítulo aborda:

- Tipos de abordagem individual
- Manejo da obesidade baseado em diretrizes clínicas e terapêuticas

4.1 Tipos de abordagem individual

A Clínica Ampliada baseia-se no tratamento centrado na integralidade do/a sujeito/a, e não na doença, constitui, portanto, forma de abordagem do/a usuário/a com obesidade no SUS (Brasil, 2008, 2009, 2010). Por ser baseada no modelo de promoção da saúde, propõe auxílio profissional de forma ampla, não se restringindo ao tratamento da obesidade, mas sim, na promoção da autonomia do/a usuário/a para buscar estratégias e soluções para seus problemas de saúde (Brasil, 2008). Ampliar a clínica é ajustar os recortes teóricos das categorias profissionais às necessidades do/a usuário/a (Brasil, 2010).

A Clínica Ampliada se dá no acolhimento e no atendimento integral das necessidades do/a usuário/a por meio de ações pautadas na escuta e no vínculo. É crucial evitar prescrições restritivas e atitudes culpabilizadoras, buscando sempre o equilíbrio entre o tratamento e a qualidade de vida do/a usuário/a, a partir da perspectiva da Clínica Ampliada devem ser conduzidas toda e qualquer forma de assistência. A Clínica Ampliada aplicada ao manejo da obesidade deve seguir alguns movimentos, que estão apresentados no **Quadro 4.1**.

O uso de múltiplas abordagens individuais pode favorecer a efetividade do cuidado. A seguir, apresentamos diferentes abordagens adaptadas ao manejo da obesidade; e no **Capítulo 6** quando e como utilizá-las.

**QUADRO 4.1 | MOVIMENTOS DA CLÍNICA AMPLIADA NO CUIDADO DA PESSOA COM OBESIDADE**

Compreensão ampliada do processo saúde-doença	<ul style="list-style-type: none">• Evitar abordagens que privilegiem o conhecimento disciplinar• Colocar em primeiro plano a situação real de saúde do/a usuário/a• Propor conversas amistosas sobre o peso, garantindo que respeitará e não agirá de forma estigmatizante, sempre buscando maneiras confortáveis e conjuntas para superar resistências• Usar a linguagem de forma que a doença não defina a pessoa. Em vez de usar “pessoa obesa”, usar: “pessoa com obesidade”. Contudo, é relevante saber como a pessoa prefere ser descrita e quais sentidos essa descrição tem para ela
Construção compartilhada de diagnósticos e terapêuticas	<ul style="list-style-type: none">• Reconhecer a complexidade da obesidade e a necessidade de compartilhar os problemas decorrentes do tratamento e possíveis soluções. Compartilhamento se dá na equipe e entre os serviços de saúde por ações intersetoriais com usuários/as, família e comunidade
Construção compartilhada de diagnósticos e terapêuticas	<ul style="list-style-type: none">• Não esperar e/ou desejar que o/a usuário/a se culpe por tentativas anteriores frustradas de redução de peso, não atribuindo a fatores como gula, preguiça ou falta de esforço. Como dito antes, é crucial compreender o contexto do/a usuário/a e a sua perspectiva
Ampliação do “Objeto de trabalho”	<ul style="list-style-type: none">• Reconhecer os limites do conhecimento dos/as profissionais de saúde e tecnologias utilizadas no tratamento da obesidade• Buscar outros conhecimentos (ex.: contexto de vida, renda, moradia e relações familiares do/a usuário/a), indagar sobre a história de vida do/a usuário/a prestando atenção a possíveis situações de estigma e preconceito vivenciadas
Transação dos “meios” ou instrumentos de trabalho	<ul style="list-style-type: none">• Criar arranjos e dispositivos que privilegiem a comunicação na equipe e entre equipes• Exercitar a escuta (do/a outro/a e de si mesmo/a)• Lidar com condutas automatizadas de forma crítica
Suporte para profissionais de saúde	<ul style="list-style-type: none">• Disponibilizar instrumentos que ajudem os/as profissionais de saúde a lidar com as dificuldades enfrentadas no processo de trabalho (ex.: cursos, materiais instrucionais, etc.)

Fonte: Anderson; Wadden, 2004; Brasil, 2010; Jung *et al.* 2015.

PARA SABER MAIS

SOBRE SOBRE CLÍNICA AMPLIADA:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular.** Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.

4.1.1 Atendimento Individual Específico

O Atendimento Individual Específico é realizado por apenas um/a profissional de saúde (Brasil, 2014a, 2017, 2021a). E requer estrutura mínima de espaço físico, equipamentos e insumos (Brasil, 2014a, 2017).

Para sua execução é essencial manter o diálogo e a corresponsabilização de todos os/as envolvidos/as no tratamento, pois mesmo quando não atuam simultaneamente, os/as profissionais devem compartilhar as demandas dos/das usuários/as e as ações de cuidado em reuniões de equipe e de matriciamento. A sua frequência depende das demandas do/a usuário/a e da capacidade da equipe (Brasil, 2014a). O rodízio entre as diferentes categorias profissionais é uma forma de garantir a atenção necessária sem sobrecarregar um determinado profissional.

4.1.2 Atendimento Compartilhado

O Atendimento Compartilhado é realizado em conjunto por diferentes categorias profissionais. Seus objetivos principais são: fortalecer o vínculo usuário/a-profissionais, facilitar a comunicação e a coleta de informações, favorecer a prática colaborativa interprofissional; e se realizado no domicílio, possibilitar conhecer a realidade do/a usuário/a (Brasil, 2014a).

Para sua condução, o ideal é que participe, no caso da APS, pelo menos um/a integrante da equipe de Saúde da Família (eSF) ou Atenção Primária (eAP), um/a profissional da equipe multiprofissional; e na AE, as diferentes categorias profissionais envolvidas no cuidado. Independente do nível de atenção, a presença da família é um diferencial no atendimento (Brasil, 2014a).

Os/as profissionais devem discutir o caso antes e após o atendimento, e as condutas definidas por consenso entre os/as profissionais e usuário/a. É necessário que o atendimento seja planejado previamente para facilitar sua condução, incluindo a definição do/a profissional que irá conversar com o/a usuário/a e/ou a família e atuar como elo com a equipe. Este/a profissional, chamado/a de apoiador/a, deve ser, preferencialmente, alguém com maior contato com o/a usuário/a, visando facilitar a comunicação e a condução do caso (Brasil, 2014a, 2021a).

4.1.3 Atendimento Domiciliar

O Atendimento Domiciliar é indispensável quando o/a usuário/a está restrito/a ao leito (Brasil, 2012, 2014a), também podem ocorrer para usuários com dificuldades de deambu-



lação, assim como em casos que a equipe identifique a necessidade de se aproximar do contexto domiciliar de forma estratégica. Ele permite contextualizar as ações propostas às condições de vida e ao contexto familiar, promovendo maior vínculo (Brasil, 2010, 2012, 2014a, 2020a). Devido suas características é uma estratégia viável apenas na APS.

Para o atendimento domiciliar é necessário definir previamente a periodicidade das visitas e da discussão dos casos pela equipe. É importante contar com profissionais da eSF ou equipe multiprofissional; no entanto, a participação do/a ACS é crucial devido o seu maior vínculo com a família (BRASIL, 2010, 2014a).

PARA SABER MAIS

SOBRE ATENDIMENTO INDIVIDUAL ESPECÍFICO, COMPARTILHADO E DOMICILIAR:

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio a Saúde da Família:** ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. v. 1. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39).

4.1.4 Projeto Terapêutico Singular (PTS)

Pode ser utilizado no âmbito individual e coletivo, sendo, geralmente, utilizado para casos graves e complexos (Brasil, 2010, 2021a). No PTS, a equipe de saúde e o/a usuário/a constroem juntos, as ações de cuidado, que podem abarcar diferentes níveis de atenção, cabendo ao/a usuário/a assumir tarefas para alcançar metas de curto, médio e longo prazo. Para isso, é essencial a escuta de seus desejos, ideias, vínculos e rede social disponível.

O PTS aplicado ao cuidado da pessoa com obesidade envolve quatro momentos (**Figura 4.1**). Para sua execução, diferentes categorias profissionais devem participar, sendo na APS indispensável a presença do ACS por ser o/a principal articulador/a entre a família-usuário/a-equipe. Ressalta-se que, a presença da família em sua construção é um diferencial importante.

FIGURA 4.1 | ETAPAS DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR NO CUIDADO DA PESSOA COM OBESIDADE



Fonte: adaptada de Brasil, 2021a.



No **Quadro 4.2** estão sintetizados os diferentes tipos de abordagem individual, como e quando usar a partir da Estratégia de Cuidado da Pessoa com Obesidade no SUS¹.

QUADRO 4.2 | TIPOS DE ABORDAGEM INDIVIDUAL NO CUIDADO DA PESSOA COM OBESIDADE

Tipo	O que é?	Como fazer?	Quando usar?
Atendimento Individual Específico	Realizado por uma categoria profissional após regulação e pactuação com a equipe; atrelado ao Plano de Cuidado <i>Ex.: com nutricionista</i>	<ul style="list-style-type: none">• Pactuar ações e discutir os casos nas reuniões multidisciplinares• Utilizar fluxos, e definir critérios e atribuições profissionais previamente¹ (ver Capítulo 6)• Organizar equipamentos e formulários (ver Capítulos 5, 6 e 7)• Atender a partir do registro prévio das informações do prontuário• Discutir com a equipe possíveis condutas a serem tomadas• Pactuar o Plano de Cuidado com o/a usuário/a	Com o/a nutricionista: usuário/a que participou do GT ^{1,2} , e não atingiu meta de redução de 5% do peso
Atendimento Compartilhado	Realizado por pelo menos dois profissionais de categorias ou serviços diferentes <i>Ex.: APS: profissionais da eSF, equipe multiprofissional e ACS; AE: diferentes profissionais</i>	<ul style="list-style-type: none">• Iniciar pela discussão do caso em equipe• Estabelecer consenso da necessidade da abordagem• Definir prioridades nas ações de apoio• Agendar atendimento e definir o cenário (unidade ou domicílio)• Envolver Agente Comunitário de Saúde• Organizar equipamentos e formulários (ver Capítulos 5, 6 e 7)• Atender com o registro prévio das informações do prontuário• Discutir na equipe possíveis condutas• Pactuar Plano de Cuidado com o/a usuário/a	Atendimento Compartilhado entre eSF ou similar com a/o profissional nutricionista: para usuários/as do GT ^{2,3}

<p>Atendimento Domiciliar</p>	<p>Atendimento do/a usuário/a no domicílio, seja por apenas um/a profissional ou de forma compartilhada <i>Ex.: enfermeiro/a e/ou nutricionista, e ACS</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciar pela discussão do caso em equipe • Estabelecer consenso da abordagem • Organizar agenda considerando profissionais e estrutura disponível (verificar necessidade e disponibilidade de transporte) • Organizar equipamentos e formulários (ver Capítulos 5, 6 e 7) • Atender com o registro prévio das informações do prontuário • Discutir na equipe sobre possíveis condutas • Pactuar do Plano de Cuidado com o/a usuário/a e família. 	<p>Usuário/a com obesidade e restrito/a ao leito, ou quando necessário para compreender o contexto familiar</p>
<p>Projeto Terapêutico Singular</p>	<p>Proposta terapêutica fruto da discussão entre a equipe interdisciplinar, usuário/a e família <i>Ex.: eSF e profissionais da AE</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Envolver toda a equipe • Definir profissional de referência para negociar com o/a usuário/a e acionar a equipe, sempre que necessário • Realizar atendimento domiciliar para compreender o contexto e situação de vida do/a usuário/a • Considerar a genealogia dos eventos e dos/as envolvidos/as • Definir metas e tarefas em conjunto com o/a usuário/a e família • Avaliar e definir novas estratégias quando necessário 	<p>Usuário/a que não evoluiu após dois ciclos do GT¹ ou após um ciclo de GT²</p>

Fonte: Brasil, 2009, 2012, 2014a, 2017, 2021a, 2021b.

Nota: eSF: equipe de Saúde da Família; ACS: Agente Comunitário de Saúde; GT: grupo terapêutico; AE: Atenção Especializada; APS: Atenção Primária à Saúde.

¹Baseado na **Estratégia para o Cuidado da Pessoa com Obesidade no SUS** (mais detalhes no **Capítulo 6**).

²Grupo proposto pela **Estratégia para o Cuidado da Pessoa com Obesidade no SUS** para usuários/as com prontidão para redução do peso e sem indicação de tratamento cirúrgico. Pode incluir também usuários/as após realização de cirurgia bariátrica que apresentaram reganho de peso.

³Grupo proposto pela **Estratégia para o Cuidado da Pessoa com Obesidade no SUS** para usuários/as com prontidão para redução do peso e indicação de tratamento cirúrgico.



Após apresentar os tipos de abordagem individual, vamos conhecer as diretrizes clínicas e terapêuticas que devem basear o cuidado da pessoa com obesidade no SUS.

4.2 Manejo da obesidade baseado em Protocolos Clínicos de Diretrizes Terapêuticas

Para apoiar a conduta terapêutica dos profissionais de saúde são propostos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT). Em 2020, foi aprovado o PCDT brasileiro para pessoas adultas com sobrepeso e obesidade. Ele visa contribuir para a oferta de ações de cuidado pautadas em evidências científicas e em diretrizes de prevenção e promoção da saúde derivadas de políticas, programas e normativas do Ministério da Saúde (Brasil, 2020).

No PCDT para Sobrepeso e Obesidade em Adultos foram investigados o consumo alimentar, prática de atividade física, comportamento de saúde e uso de medicamentos. O público-alvo foi: pessoas adultas (≥ 18 anos) com diagnóstico de sobrepeso ou obesidade ($\text{IMC} \geq 25 \text{ kg/m}^2$), com e sem comorbidades (diabetes mellitus e hipertensão arterial) e/ou submetidas a tratamento cirúrgico para obesidade após 18 meses ou mais. Investigou-se como desfechos a redução do peso, do percentual de gordura corporal e do perímetro da cintura (Brasil, 2020).

PARA SABER MAIS

SOBRE O PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS DO SOBREPESO E OBESIDADE EM ADULTOS:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Sobrepeso e Obesidade em adultos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020.

Na **Figura 4.2** está a síntese das intervenções recomendadas pelo PCDT para o manejo da obesidade no SUS relativas ao consumo alimentar, prática de atividade física e abordagem do comportamento. O uso de medicamentos não foi recomendado, uma vez que aqueles registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (sibutramina e orlistate) promoveram redução não significativa do peso com eventos adversos moderados a graves (Brasil, 2020).

FIGURA 4.2 | RECOMENDAÇÕES APRESENTADAS PELO PROTOCOLO CLÍNICO DE DIRETRIZES TERAPÊUTICAS (PCDT) PARA SOBREPESO E OBESIDADE EM ADULTOS

CONSUMO ALIMENTAR	<ul style="list-style-type: none">• Restringir de 500 a 1.000 kcal/dia do gasto energético estimado• Aumentar o consumo de alimentos <i>in natura</i> e minimamente processados, reduzir o de alimentos processados e evitar o de ultraprocessados• Substituir bebidas com adição de açúcar por água• Dar preferência a preparações culinárias com a utilização de pequenas quantidades de óleo, gorduras, sal e açúcar• Realizar ao menos 3 refeições ao dia
ATIVIDADE FÍSICA	<ul style="list-style-type: none">• Praticar 150 minutos de exercícios físicos combinados (aeróbicos e resistidos) por semana• Manter os/as idosos/as ativos/as• A prática de atividade física pode ser feita individualmente ou em grupos não muito grandes• Praticar atividades físicas de intensidades moderadas/vigorosas, por pelo menos 3 dias na semana, ou ainda, 30 minutos diários todos os dias da semana para adultos/as ativos/as• Cumprir pelo menos 10 minutos diários de atividades físicas moderadas/vigorosas com progressão semanal até atingir a recomendação para adultos/as que não realizam nenhuma atividade física• Realizar duas vezes semanais atividades físicas de fortalecimento muscular para benefícios adicionais à saúde dos/das adultos/as
COMPORTEAMENTO	<ul style="list-style-type: none">• Realizar abordagens psicológicas adequadas às necessidades do indivíduo, seja individualmente ou em grupo, de acordo com sua preferência• Oferecer suporte psicológico baseado em entrevista motivacional e terapia cognitivo-comportamental• Realizar o automonitoramento do peso corporal

Fonte: adaptada de Brasil, 2020.

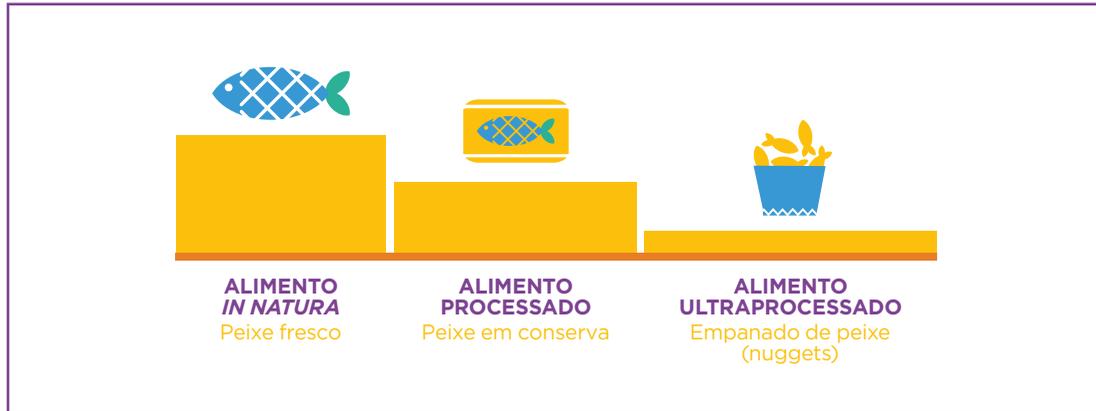
4.2.1 Consumo alimentar

As mudanças no consumo alimentar de usuários/as com obesidade devem ser baseadas na restrição energética, distribuída em pelo menos três refeições diárias, a partir de uma alimentação atrativa, conveniente, sustentável e compatível com a realidade da pessoa; e alinhada com as recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira (Brasil, 2014b).

A redução energética objetiva fazer dos alimentos in natura ou minimamente processados a base da alimentação, e evitar o consumo dos ultraprocessados (**Figura 4.3**). Alimentos processados devem ser consumidos em pequenas quantidades e as preparações culinárias conter reduzidas quantidades de óleo, gordura, açúcar e sal (Brasil, 2014b). Recomenda-se também substituir bebidas açucaradas (ex.: refrigerantes, sucos e energéticos) por água.

FIGURA 4.3 | CATEGORIZAÇÃO DOS ALIMENTOS SEGUNDO A NOVA CLASSIFICAÇÃO





Fonte: Brasil, 2014b.

Nota: Alimentos in natura e minimamente processados: alimentos in natura são obtidos diretamente de plantas ou animais e adquiridos sem que sofram qualquer alteração (ex.: frutas, legumes, verduras, ovos e carnes). Alimentos minimamente processados são alimentos in natura que sofreram mínimas alterações, como limpeza, fermentação, pasteurização, remoção de partes não comestíveis e refrigeração (ex.: grãos secos ou polidos, farinhas, leite pasteurizado, iogurte, oleaginosas, café, carnes resfriadas ou congeladas) (Monteiro *et al.*, 2019).

Ingredientes culinários: produtos extraídos de alimentos in natura por processos como moagem, extração e refino e utilizados para temperar e cozinhar alimentos e elaborar preparações culinárias (ex.: sal de cozinha refinado ou grosso; açúcar de mesa, mel e rapadura; óleos vegetais e gorduras; féculas e vinagre) (Monteiro *et al.*, 2019).

Alimentos processados: produtos fabricados a partir de alimentos in natura ou minimamente processados com adição de ingredientes culinários (ex.: conservas de legumes, de cereais ou de leguminosas; extrato ou concentrado de tomate com sal; carnes salgadas, secas e defumadas; peixe conservado em óleo ou água e sal; frutas em calda ou cristalizadas; queijos; pães feitos com farinha, levedura, água e sal) (Monteiro *et al.*, 2019).

Alimentos ultraprocessados: produzidos em fábricas, com uma série de processos e substâncias químicas exclusivamente industriais, contendo pouco ou nenhum alimento inteiro (sem a matriz alimentar). São ricos em açúcar, gordura, sódio ou presença de edulcorantes. Possui substâncias alimentares de nenhum ou raro uso culinário (açúcar invertido, frutose, xarope de milho, glúten, fibra solúvel ou insolúvel, maltodextrina, proteína isolada de soja, óleo interesterificado) e/ou de aditivos cosméticos alimentares (corantes, aromatizantes, realçadores de sabor, emulsificantes, espessantes, adoçantes) [ex.: biscoitos doces e salgados; sorvetes, balas, chocolate e guloseimas; cereais matinais e barras de cereal; bolos e misturas para bolo; sopas, macarrão e temperos instantâneos; molhos prontos; margarina; salgadinhos de pacote; bebidas adoçadas não carbonatadas (refrescos) e carbonatadas (refrigerantes); iogurtes e outras bebidas lácteas com corantes e ou aromatizantes; produtos congelados e prontos para aquecimento (massas, pizzas, hambúrgueres); extratos de carne de frango; peixe empanados do tipo nuggets, salsichas e embutidos; pães de forma, de hambúrguer ou hot-dog] (Monteiro *et al.*, 2019).

4.2.2 Atividade física

O PCDT recomenda a prática de atividade física com duração maior ou igual a 150 minutos por semana para redução do peso (**Figura 4.2**), sendo que, uma maior duração traz benefícios adicionais à saúde. No entanto, pode ser difícil para algumas pessoas realizar atividade física continuamente por tempo prolongado, podendo o tempo diário ser fracionado em sessões, de no mínimo, dez minutos, progredindo para um tempo maior.

Exercícios físicos aeróbicos apresentam benefícios superiores na redução do peso, comparados aos de resistência (WHO, 2010, 2018). Entretanto, exercícios de resistência contribuem para o ganho ou manutenção de massa magra, que se associa à melhoria da saúde e da qualidade de vida. Recomenda-se assim que, se possível, pessoas com obesidade combinem exercícios aeróbicos por pelo menos três vezes/semana e de resistência duas vezes/semana.

A intensidade do exercício físico recomendada para redução do peso em pessoas adultas é moderada e vigorosa, podendo ser realizada individualmente ou em grupos.



O aumento da intensidade deve ser avaliado ao longo do tempo, considerando a capacidade física e a prevenção de lesões. Ademais, é importante escutar o/a usuário/a de forma qualificada e empática sobre suas práticas e dificuldades para realizar atividades físicas; e nunca supor que não se exercitam por preguiça, desleixo ou falta de força de vontade (Alberga *et al.*, 2019).

PARA SABER MAIS

SOBRE O GUIA DE ATIVIDADE FÍSICA PARA POPULAÇÃO BRASILEIRA:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Guia de Atividade Física para População Brasileira**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021.

4.2.3 Abordagem do comportamento

O PCDT preconiza que a abordagem coletiva contribui para redução do peso, porém as necessidades individuais do/a usuário/a devem ser consideradas, assim como, a abordagem psicológica individual deve ser estimulada. São sugeridas como suporte teórico à abordagem do comportamento da pessoa com obesidade, a Entrevista Motivacional (EM) e a Terapia Cognitivo- Comportamental (TCC), referenciais utilizados neste Instrutivo (**Capítulo 2**).

PARA SABER MAIS

SOBRE ESTRATÉGIAS PARA POTENCIALIZAR INTERVENÇÕES COLETIVAS PARA MANEJO DA OBESIDADE:

Capítulo 3 de BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Instrutivo de abordagem coletiva para manejo da obesidade no Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. p 40-59.

O PCDT também recomenda o automonitoramento semanal do peso corporal (**Figura 4.2**). Entretanto, pondera-se que, a sua frequência deve respeitar as características do/a usuário/a. Por exemplo, para usuários/as muito ansiosos/as com a redução do peso ou com o Transtorno de Ansiedade, esta frequência deve ser revista. É também importante deixar claro que a alteração do peso em intervalos de tempo muito curtos pode ser devido à alterações hormonais, inchaço, temperatura do dia, etc.; uma vez que, mudanças reais no peso ocorrem de forma lenta e gradual. O automonitoramento do peso, quando não gera ansiedade e frustração, constitui uma estratégia útil para identificar precocemente o reganho de peso e o efeito platô, sendo aconselhável o seu uso em longo prazo para o manejo da obesidade (Jensen *et al.*, 2014).

No **Capítulo 6** está apresentado como realizar o automonitoramento do peso, da alimentação e da prática de atividade de física. Não deixe de conferir!



MENSAGENS CENTRAIS DO CAPÍTULO

- Existem diferentes abordagens individuais no cuidado da pessoa com obesidade, mas independente da abordagem, as ações de cuidado devem ser pautadas no diálogo e na corresponsabilização.
- Nas diferentes formas de abordagem individual é crucial a articulação da equipe, o envolvimento do/a usuário/a e, se possível, da família.
- Protocolos Clínicos de Diretrizes Terapêuticas (PCDT) objetivam apoiar a conduta terapêutica dos/das profissionais de saúde.
- Para o tratamento da obesidade, o PCDT recomenda: restrição energética a partir do incentivo ao consumo de alimentos in natura e minimamente processados, evitar consumo de alimentos ultraprocessados e reduzir ingredientes culinários processados; prática de 150 minutos/semana de atividade/exercício físico combinado com exercícios aeróbicos e de resistência, de intensidade moderada e vigorosa; uso de abordagem coletiva associada à individual; suporte psicológico baseado em técnicas de Entrevista Motivacional e Terapia Cognitivo-Comportamental, e; automonitoramento do peso corporal.



REFERÊNCIAS

- ALBERGA, A. S. *et al.* Weight bias and health care utilization: a scoping review. **Prim. Health Care Res. Dev.**, v. 20, e116, 2019.
- ANDERSON, D. A.; WADDEN, T. A. Bariatric surgery patients' views of their physicians' weight-related attitudes and practices. **Obes. Res.**, v. 12, p. 1587-1595, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde, UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. **Material Teórico para suporte ao manejo da obesidade no Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021a.
- BRASIL. Ministério da Saúde, UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. **Instrutivo de abordagem coletiva para Manejo da Obesidade no Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021b. 145 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde, Coordenação-Geral de Gestão de Tecnologias em Saúde, Coordenação de Gestão de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Sobrepeso e Obesidade em adultos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. 390 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Contribuições dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família para a Atenção Nutricional**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. 39 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio a Saúde da Família: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014a. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39). 116 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia Alimentar para a População Brasileira**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014b. 156 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Domiciliar**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. 207 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. 160 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica Ampliada e Compartilhada**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. 64 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. 60 p.

JENSEN, M. D. *et al.* 2013 AHA/ACC/TOS guideline for the management of overweight and obesity in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and The Obesity Society. **Circulation**, v. 129, n. 25 p. S102-138, 2014. Suppl. 2.

JUNG, F. U. *et al.* Dietitians and Nutritionists: Stigma in the Context of Obesity. A Systematic Review. **PLoS One**, v. 10, e0140276, 2015.

MONTEIRO, C.A.; CANNON, G.; LEVY, R.B.; *et al.* Ultra-processed foods: what they are and how to identify them. **Public Health Nutr**, v. 22, p. 936-941, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **ACTIVE**: a technical package for increasing physical activity. Geneva: WHO, 2018. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/275415>. Acesso em: 27 jul. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Recommendations on Physical Activity for Health**. Geneva: WHO, 2010.

AVALIAÇÃO DA PESSOA COM OBESIDADE

Identificar precocemente a condição de obesidade e conhecer de forma abrangente o/a usuário/a é crucial para o adequado manejo da obesidade. Pensando nisso, este capítulo aborda:

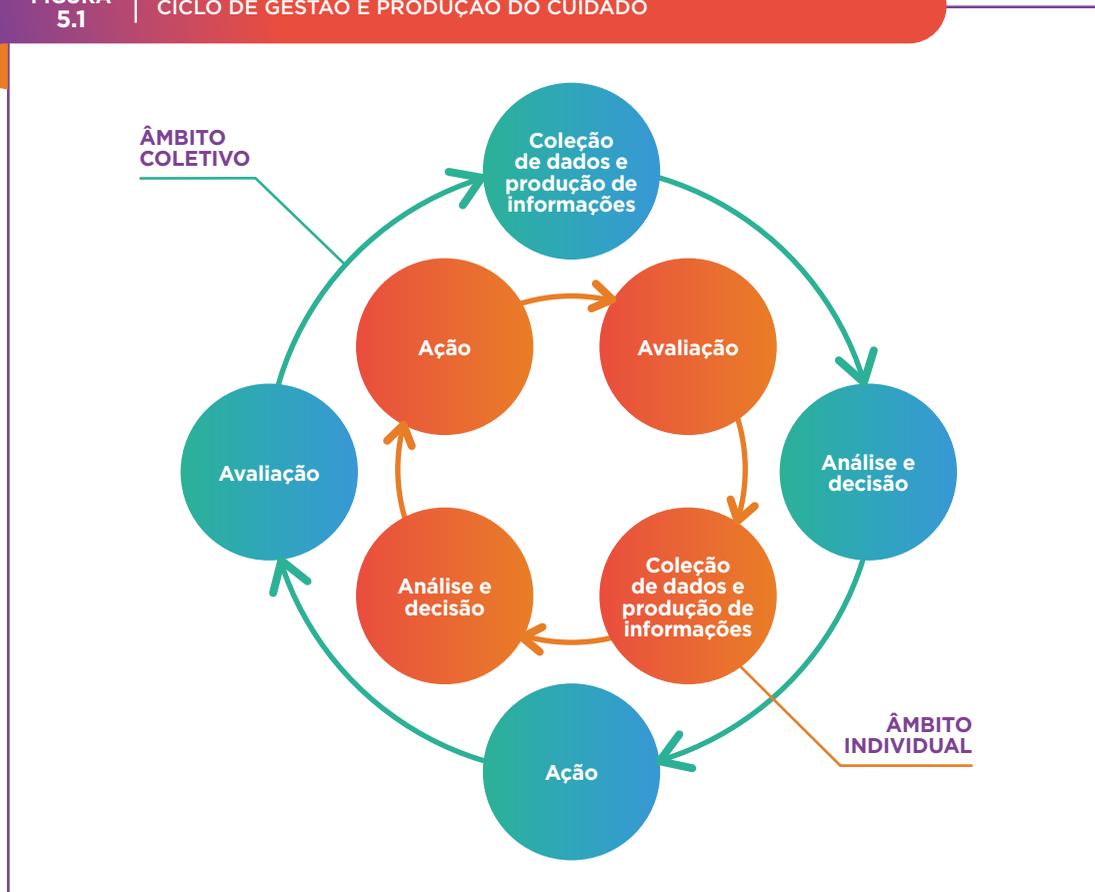
- Vigilância Alimentar e Nutricional
- Avaliação abrangente do/a usuário/a
- Tratamento cirúrgico da obesidade
- Proposta de avaliação abrangente do/a usuário/a com obesidade

5.1 Vigilância Alimentar e Nutricional

A Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) consiste em um conjunto de ações que possibilita a descrição contínua e a predição de tendências relativas à alimentação e à nutrição da população (Brasil, 2015a). Permite o diagnóstico oportuno e a estratificação de risco para o manejo da obesidade, devendo compor o rol de ações programadas e espontâneas das equipes de saúde (Brasil, 2014a, 2014b).

Sugere-se que a VAN seja realizada a partir do Ciclo de Gestão e Produção do Cuidado (**Figura 5.1**), que abarca quatro etapas simultâneas ou não, incluindo desde a coleta de dados e produção das informações até a avaliação. O Ciclo pode ser implementado no âmbito coletivo e individual, na Atenção Primária à Saúde (APS) e na Atenção Especializada (AE) (Brasil, 2015a).

FIGURA 5.1 | CICLO DE GESTÃO E PRODUÇÃO DO CUIDADO



Fonte: Brasil, 2015a.

Na APS, todos os/as profissionais devem realizar a VAN. Momentos de encontro, como atividades coletivas, visitas domiciliares, atendimentos de rotina ou de controle, e ações no território (ex.: Academias da Saúde, etc.), são oportunidades para avaliar os marcadores de consumo alimentar e antropométricos. A mensuração do peso e da altura devem ser rotina, inclusive na demanda espontânea, visando identificar precocemente possíveis usuários/as com obesidade e contribuir para o cuidado longitudinal e a prevenção de agravos (Brasil, 2014a).

Ambulatórios de especialidades, clínicas, hospitais e outros serviços da AE também devem implementar ações de VAN. São momentos oportunos, os atendimentos ambulatoriais, a triagem nutricional na admissão hospitalar e durante a internação hospitalar, etc. (Brasil, 2014a, 2021).

Para que os objetivos da VAN sejam alcançados é vital que os dados sejam registrados nos Sistemas de Informação em Saúde (SIS). O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) é uma ferramenta de registro, monitoramento e disseminação de informações



sobre a situação alimentar e nutricional, que contempla dados de antropometria e consumo alimentar da população atendida na APS em todos os ciclos da vida. A partir da identificação do/a usuário/a pelo número do Cartão Nacional de Saúde (CNS), o SISVAN integra-se a outros sistemas, como o e-SUS APS e o Sistema de Gestão das Condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF), simplificando a alimentação dos sistemas de informação (Brasil, 2015a, 2017a).

Todos os registros de antropometria e de consumo alimentar do e-SUS APS e identificados com o CNS devem compor a base de dados do SISVAN, conforme preconizado pela base nacional do Sistema de Informação para a Atenção Básica (SISAB). Já a integração entre o SISVAN e o Sistema de Gestão das Condicionalidades da Saúde do PBF, se baseia na coleta e registro de dados antropométricos dos/as beneficiários/as, que ocorre no mínimo duas vezes por ano (primeira vigência: janeiro a junho; segunda vigência: julho a dezembro) (Brasil, 2017a).

Os registros antropométricos são realizados por meio das fichas: a) Fichas de Cadastro Domiciliar e Individual; b) Ficha de Atendimento Individual; c) Ficha de Atividade Coletiva; e d) Ficha de Visita Domiciliar e Territorial. Para municípios que fazem uso de sistema próprio, recomenda-se seguir o modelo de integração adotado para o e-SUS APS, e a partir disso, os dados serão incorporados para o SISVAN conforme os fluxos de integração já existentes.

PARA SABER MAIS

SOBRE O REGISTRO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DE ATIVIDADES COLETIVAS:
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Registro, Monitoramento e Avaliação.** In: **Instrutivo de Abordagem Coletiva para Manejo da Obesidade no Sistema Único de Saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Cap. 4. 145 p.

SOBRE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual Operacional para uso do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. SISVAN - Versão 3.0.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017a. 39p.

5.2 Avaliação abrangente do/a usuário/a

Dado o caráter complexo e multifatorial da obesidade, é essencial realizar uma avaliação abrangente do/a usuário/a. Essa avaliação não deve focar apenas no estilo de vida, predisposição genética, e outros aspectos individuais, mas também contemplar a interação do/a usuário/a com o ambiente e relações sociais (**Figura 5.1**), considerando suas necessidades e a realidade local. Estas realidades e a forma em que o/a usuário/a interage com o ambiente por meio das relações sociais, com especial atenção aos processos de estigmatização e preconceito, também deverão fazer parte da avaliação, assim como aspectos relacionados à insegurança alimentar.

Para viabilizar a realização da avaliação abrangente no cotidiano de trabalho é crucial que os/as profissionais de saúde utilizem as informações que já constam em prontuário (ex.:

dados socioeconômicos, história de saúde pessoal e familiar, tratamentos prévios, etc.), otimizando o tempo de consulta e evitando a repetição de perguntas ao/a usuário/a.

QUADRO 5.1 | PARÂMETROS PARA AVALIAÇÃO ABRANGENTE DA PESSOA COM OBESIDADE

PARÂMETROS PARA AVALIAÇÃO NUTRICIONAL DA PESSOA COM OBESIDADE

- Antropometria
- Consumo e comportamento alimentar
- Avaliação clínica
- Avaliação bioquímica

DEMAIS DOMÍNIOS

- Comportamentos relacionados à redução do peso corporal
- Presença e controle de comorbidades
- História de saúde: pessoal e familiar
- Condições socioeconômicas, incluindo insegurança alimentar
- Atividades físicas e sedentárias
- Vivências de situações de discriminação e preconceito e suas consequências
- Ambiente alimentar e de prática de atividade física
- Outros fatores, segundo as necessidades do/a usuário/a e da realidade do serviço

Fonte: Bagni *et al.*, 2018; BRASIL, 2014a; Carvalho *et al.*, 2019; Duarte, 2019.

5.2.1 Avaliação Nutricional

O diagnóstico nutricional é a identificação do estado nutricional do/a usuário/a obtido a partir da ampla avaliação de sua condição nutricional (CFN, 2018). Inicia-se pela coleta de dados e pela comparação com critérios pré-estabelecidos para então reunir, analisar e sintetizar as alterações identificadas. É dinâmico e varia conforme a evolução do/a usuário/a, devendo assim, ser constantemente atualizado (Martins, 2016; Miranda, 2018; Mussoi, 2017).

Nenhum parâmetro isolado define o diagnóstico nutricional, sendo necessária a associação de diferentes métodos para a sua definição (Kamimura *et al.*, 2019). No entanto, é comum o diagnóstico nutricional ser definido pelo Índice de Massa Corporal (IMC = peso/altura²). Mas, o estado nutricional é muito mais amplo do que o peso segundo a altura (Miranda, 2018). Por exemplo, uma pessoa adulta com IMC de 38,7 kg/m² corresponde a obesidade grau II, no entanto, é preciso analisar outros dados antropométricos, clínicos, de consumo alimentar, bioquímicos e presença de comorbidades para compreender a sua real situação alimentar e nutricional.



Ademais, o excesso de peso não descarta a possibilidade do/a usuário/a apresentar carências nutricionais. O peso excessivo pode interferir em diversos processos fisiológicos, como absorção, distribuição, metabolismo e excreção de micronutrientes, acarretando a fome oculta ou a deficiência subclínica de micronutrientes. Por exemplo, tem-se maior risco de deficiência de vitamina D, tiamina e folato em pessoas com obesidade devido, entre outros fatores, ao maior armazenamento no tecido adiposo, de conservação intracelular e de concentração eritrocitária, respectivamente (Mckay *et al.*, 2020; Muthayya *et al.*, 2013).

5.2.1.1 Avaliação antropométrica

Propõe-se que sejam aferidas as medidas de peso, altura e perímetro da cintura (PC) para analisar o estado nutricional (**Quadro 5.2**) em conjunto com a distribuição de gordura corporal e o risco de doenças cardiovasculares (**Quadro 5.3**) (Brasil, 2011).

QUADRO 5.2 | CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL DE PESSOAS ADULTAS (20-59 ANOS)

Índice de Massa Corporal (kg/m ²)	Diagnóstico Nutricional
< 18,5	Baixo peso
18,5 - 24,9	Eutrófico/a
25,0 - 29,9	Sobrepeso
30,0 - 34,9	Obesidade grau I
35,0 - 39,9	Obesidade grau II
≥ 40,0	Obesidade grau III

Fonte: WHO, 2000.

QUADRO 5.3 | RISCO DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES SEGUNDO O PERÍMETRO DA CINTURA

Sexo	Risco aumentado de doenças cardiovasculares
Mulheres	>80,0
Homens	> 94,0

Fonte: WHO, 2000.

Para a adequada aferição e classificação das medidas antropométricas consulte os protocolos do SISVAN. Não se esqueça da importância do uso de equipamentos calibrados e compatíveis com o grau de obesidade para realizar a avaliação do estado nutricional, tais como balanças de alta carga e equipamentos largos, como esfigmomanômetro, fitas métricas, adipômetro, aventais, entre outros (Alberga *et al.* 2019). Além disso, é crucial dar privacidade para o/a usuário/a se despir, quando necessário, e se possível, dar a opção de se despir parcialmente. Quando for pesar, conversar de forma sensível, empática e amistosa sobre como será feita a pesagem e a necessidade da informação; e perguntar se consente em ser pesado/a. Caso não consinta, respeitar a sua vontade. Depois do consentimento, é necessário tomar alguns cuidados na pesagem, como: executar o procedimento em espaço privado, em balança apropriada, sem fazer qualquer comentário sobre o peso; dar a opção de pesar de frente para ver o seu peso, ou de costas, sem ver, e; quando ele/a quiser saber o seu peso ou outra medida corporal, dar a informação sem julgamentos ou comentários inapropriados (Uconn Rudd, 2021).

PARA SABER MAIS

SOBRE COLETA E ANÁLISE DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. 76 p.

SOBRE PONTOS DE CORTES E DE CLASSIFICAÇÃO:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN na assistência à saúde**. Coleta e análise de dados antropométricos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. 61 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. 212 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 38).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Sobrepeso e Obesidade em adultos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020.

Existem desafios na avaliação antropométrica de pessoas com elevados graus de obesidade. Veja na **Figura 5.3**, algumas situações e possíveis soluções de cuidado e o fluxo na Rede de Atenção à Saúde (RAS), e favorecer a resolutividade do cuidado e a responsabilização da equipe (Brasil, 2014a, 2021a).

FIGURA 5.3 | DESAFIOS E CAMINHOS PARA A AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA DE USUÁRIOS/AS COM OBESIDADE


Fonte: Brasil, 2011, 2014a; Carvalho *et al.*, 2019.

O perímetro da cintura é medido no ponto médio entre a borda inferior da última costela e o osso do quadril (crista íliaca) (Brasil, 2011), e o perímetro abdominal no maior diâmetro da extensão abdominal (Carvalho *et al.*, 2019). O perímetro abdominal é um indicador complementar para avaliar a deposição central de gordura corporal em pessoas com graus elevados de obesidade quando a avaliação do perímetro da cintura está prejudicada. Apesar de não existir pontos de corte bem estabelecidos do perímetro abdominal, reduções na medida ao longo do tempo sugerem mudanças positivas no risco cardiovascular (Carvalho *et al.*, 2019).

As medidas antropométricas podem ser realizadas por todos/as profissionais da APS (incluindo o/a ACS) e da AE, desde que devidamente treinados. Devem ser registradas nos sistemas de informação visando obter o perfil nutricional e favorecer o planejamento das ações.

5.2.1.2 Avaliação do consumo alimentar

Avaliar o consumo alimentar é crucial para o cuidado integral da pessoa com obesidade. Recomenda-se que diferentes categorias profissionais, desde que devidamente treinadas, realizem essa atividade visando contribuir para a avaliação abrangente do/a usuário/a e qualificar o encaminhamento, quando necessário. Para isso, sugere-se os seguintes instrumentos alinhados com o Guia Alimentar para a População Brasileira (**Figura 5.4**) (Brasil, 2014c):

- Marcadores do consumo alimentar do SISVAN (Brasil, 2015b);

- Teste “Como está sua alimentação?” (Brasil, 2018).

Os marcadores do consumo alimentar propostos pelo SISVAN são os mesmos para crianças (dois anos ou mais de idade), adolescentes, adultos/as, idosos/as e gestantes. O uso destes marcadores deve ser priorizado, uma vez que foram validados; entretanto, cada serviço de saúde pode utilizar outros instrumentos de forma complementar aos marcadores do SISVAN.

Dados de consumo alimentar também devem ser registrados nos sistemas de informações (APS: SISAB ou SISVAN) visando o adequado planejamento e gestão do cuidado no território. Os marcadores de consumo estão contidos no prontuário eletrônico do cidadão (PEC), tanto na parte objetiva do SOAP (registro de atendimento individual, restrito aos profissionais de nível superior), quanto no CDS (coleta de dados simplificada). Isso contribui também para consolidar o monitoramento do padrão alimentar, contribuindo para a organização da atenção à saúde e o planejamento de políticas públicas.

A partir da identificação dos marcadores de alimentação saudável e não-saudável, o/a profissional de saúde pode realizar a orientação alimentar a partir do “Protocolo de uso do Guia Alimentar para a População Brasileira na orientação alimentar: bases teóricas e metodológicas e protocolo para a população adulta” (Brasil, 2021b), adaptando à realidade do/a usuário/a com obesidade.

FIGURA 5.4 | INSTRUMENTOS SUGERIDOS PARA A AVALIAÇÃO DO CONSUMO ALIMENTAR



Fonte: Brasil, 2008, 2015b, 2018.

Nota: APS: Atenção Primária à Saúde; AE: Atenção Especializada.



PARA SABER MAIS

SOBRE AVALIAÇÃO DO CONSUMO ALIMENTAR DA POPULAÇÃO BRASILEIRA:

BRASIL. **Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015b. 33 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN na assistência à saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. 61 p.

SOBRE ORIENTAÇÃO ALIMENTAR:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Fascículo 1 Protocolos de uso do guia alimentar para a população brasileira na orientação alimentar: bases teóricas e metodológicas e protocolo para a população adulta**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. 26p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_gui_a_alimentar_fasciculo1.pdf

5.2.1.3 Avaliação Clínica

A avaliação clínica (**Quadro 5.3**) deve contemplar parâmetros básicos, como frequência cardíaca e pressão arterial; e a investigação de sinais ou sintomas sugestivos de alterações metabólicas ou nutricionais (Brasil, 2014a, 2020).

QUADRO 5.3 | COMPONENTES DA AVALIAÇÃO CLÍNICA DO/A USUÁRIO/A COM OBESIDADE

Sinais Vitais	
Frequência cardíaca	Normalidade: 50-100 bpm
Pressão arterial	Utilizar manguito e técnica apropriados (ver Quadro 5.5)
Cabeça e pescoço	
Exame da tireoide	Verificar, por palpação, eventual aumento da glândula
Fácies cushingoide	Face em lua, acúmulo de tecido adiposo nas regiões supraclavicular e dorso cervical. Característica da Síndrome de Cushing
Hiperandrogenismo	Distúrbio endócrino caracterizado por hirsutismo, acne e alopecia androgênica
Acantose nigricans	São manchas escuras na pele devido hiperqueratose e hiperpigmentação, e mais comuns no pescoço, axilas e virilhas, e podem indicar alterações endócrinas (ex.: resistência à insulina)
Sistema gastrointestinal	
Extensão do fígado	Verificar por técnica de palpação
Hérnias umbilicais, incisionais	Manobras para aumento da pressão Intra-abdominal
Doença hepática crônica	Encefalopatia, ascite, icterícia e eritema palmar

Sistema musculoesquelético	
Osteoartrite	Nódulos de Heberden (articulações distais dos dedos das mãos) e de Bouchard (articulações proximais)
Gota	Dor e tumefação das articulações causadas pelo acúmulo de cristais ácido úrico. Mais comuns nos pés, joelhos, tornozelos, mãos, punhos e cotovelos
Testes de marcha	Avaliar barreiras à mobilidade
Membros inferiores	
Linfedema	Edema causado pela obstrução dos vasos linfáticos Características: localizado, duro, inelástico, indolor e com alterações na pele (grossa e áspera)
Lipedema	Depósito simétrico bilateral de gordura nas pernas, poupando os pés Edema não depressível (sinal de Godet negativo), com áreas dolorosas e sensíveis à palpação
Úlceras de estase	Resistência ao retorno venoso leva ao extravasamento de fluidos para tecidos adjacentes, sendo a propensão à inflamação e isquemia possíveis fatores associados à ulceração Região próxima ao tornozelo medial, com forma irregular, descamação e exsudado da ferida
Pés	Infecção, ulceração e/ou destruição de tecidos moles associada a alterações neurológicas e doença arterial periférica que ocorre em MMII de pessoas com DM Investigar ausência de pelos, pele seca, unhas encravadas, maceração interdigital e perda de sensibilidade
Pele	
Intertrigo	Dermatite nas dobras da pele devido sudorese e maceração dos tecidos em contato. É comum na região inframamária e abdominal e favorece infecções, sobretudo por fungos ou bactérias
Alterações hiperpigmentares	Maior volume dos segmentos corpóreos pode predispor ao atrito, particularmente nas dobras de pele e na face interna das coxas
Estrias	Distensão da derme, com ruptura das fibras elásticas pelo aumento do tecido adiposo subcutâneo
Xantomas	Lesões decorrentes do depósito de lipídios na pele. Indica severidade de dislipidemias Nas pálpebras são chamadas de xantelasma
Dermatose nutricional	Carências de nutrientes (ver Quadro 5.6)

Fonte: Amato *et al.*, 2020; Bagni *et al.*, 2018; Barroso *et al.*, 2020; Brasil, 2013a; 2014a; Campos *et al.*, 2019; Gois; Cirqueira, 2019; Duarte, 2019; Gates, 2005; SBD, 2019; Pastore *et al.*, 2016; PBH, 2016; Rueda-Clausen *et al.*, 2020; SBR, 2019a; 2019b; Silva, 2014; Uzuncakmak *et al.*, 2018; Yumuk *et al.*, 2015.

Nota: Nota: DM: diabetes mellitus; MMII: membros inferiores.

PARA SABER MAIS

SOBRE MANIFESTAÇÕES CUTÂNEAS EM PESSOAS COM OBESIDADE:

UZUNCAKMAK, T. K. *et al.* Cutaneous manifestations of obesity and the metabolic syndrome. *Clinics in Dermatology*, v. 36, p. 81-8, 2018.

Para aferição da pressão arterial de usuários/as com obesidade (**Quadro 5.4**), deve-se utilizar aparelhos compatíveis com o perímetro do braço, podendo ser necessários manguitos mais longos e largos (Barroso *et al.*, 2020; Campos *et al.*, 2019).

QUADRO 5.4 | TÉCNICA PARA AFERIÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL DE USUÁRIOS/AS COM OBESIDADE

Recomendações para aferição da pressão arterial

A escolha do manguito depende do tamanho do perímetro do braço e de sua forma

Selecionar tamanho do manguito:

- Pequeno: 20,0-26,0 cm
- Padrão: 25,4-40,6 cm e 25,0-34,0 cm
- Grande: > 32,0 cm

Geralmente são necessários manguitos mais largos e longos para evitar superestimativa da pressão arterial

Perímetros do braço >50 cm (valor que não há manguitos disponíveis), realizar medida no antebraço:

- Auscultar no pulso radial
- Posicionar a borda do manguito aproximadamente a 6 cm proximais do processo estiloide da ulna

Em casos de braços largos e curtos, em forma de cone, nos quais manguitos de grandes dimensões não se adaptam, pode-se considerar o uso de monitores de pulso validados

Fonte: Barroso *et al.*, 2020; Rueda-Clausen *et al.*, 2020.

A partir da história clínica, familiar e alimentar do/a usuário/a pode ser recomendado investigar outros sinais na avaliação física. Histórico de dietas restritivas com flutuações no peso e depleção de massa livre de gordura associado a alterações metabólicas e hábitos alimentares pouco saudáveis pode aumentar o risco de carências de vitaminas e minerais. Em usuários/as candidatos/as à cirurgia bariátrica, o rigor na avaliação das carências nutricionais deve ser maior, incluindo avaliação bioquímica do status pré-operatório de micronutrientes, uma vez que as deficiências podem se agravar no pós-operatório (Parrot *et al.*, 2017; Thibault *et al.*, 2016).

Os sinais de carências nutricionais são mais visíveis na pele, cabelo, unhas, olhos e boca (**Quadro 5.5**). Mas, sua análise não deve ser isolada, uma vez que tendem a ocorrer em estágios mais avançados de depleção e nem sempre são exclusivos de uma condição nutricional (Kamimura *et al.*, 2019; Silva, 2014). A avaliação de sinais de deficiências

de micronutrientes, como ferro e vitaminas do complexo B, por exemplo, pode levantar suspeitas diagnósticas que requerem confirmação laboratorial (Kamimura *et al.*, 2019; Thibault *et al.*, 2016).

QUADRO 5.5 | ALGUNS SINAIS E SINTOMAS INDICATIVOS DE CARÊNCIAS NUTRICIONAIS

Local	Sinal	Suspeita de deficiência
Pele	Seca e com falhas de pigmentação	Vitamina A e zinco
	Dermatite pelagrosa (semelhantes a queimaduras de Sol)	Niacina
	Palidez	Ferro, vitamina B ₁₂ e folato
	Machuca facilmente e dificuldade para cicatrizar feridas	Vitamina C ou K
Cabelos	Sem brilho, seco, fino, esparso e quebradiço. Despigmentação e alopecia	Proteína, zinco, cobre e biotina
Unhas	Quebradiças, rugosas, coiloníquia (forma de colher)	Ferro
Olhos	Cegueira noturna, xerofthalmia, manchas de Bitot e queratomalacia	Vitamina A e zinco
	Conjuntivas pálidas	Ferro
Boca	Glossite	Complexo B, ferro e folato
	Atrofia das papilas gustativas	Riboflavina, niacina e ferro
	Queilite angular e queilose	Riboflavina, niacina, tiamina, piridoxina, folato e cobalamina
	Sangramento gengival	Vitamina C e riboflavina
	Perda do esmalte dentário	Flúor, zinco

Fonte: Kamimura *et al.*, 2019; Parrot *et al.*, 2017; Silva, 2014.

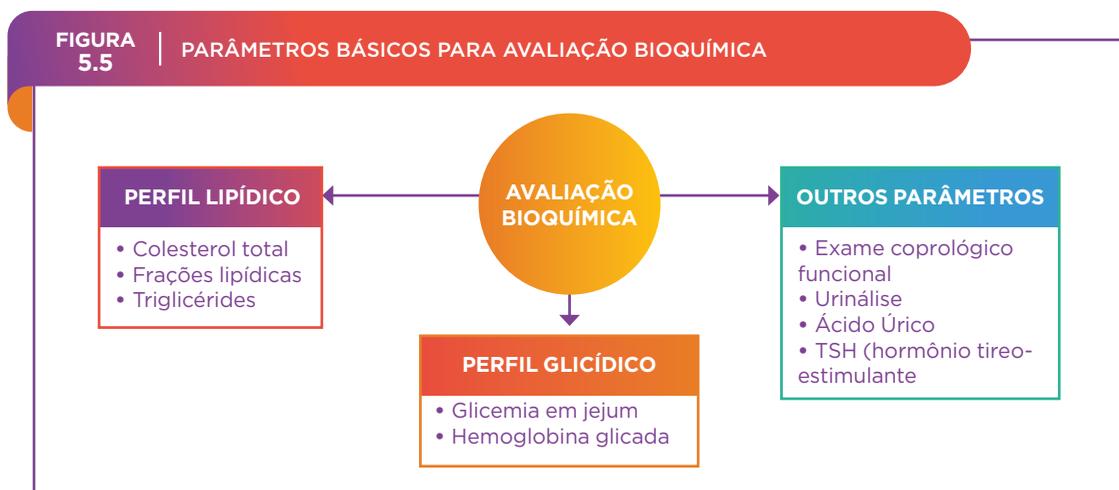
5.2.1.4 Avaliação Bioquímica

Os exames bioquímicos em conjunto com o histórico e a avaliação das condições clínicas, antropométricas e de consumo alimentar, fornecem informações úteis para o ajuste de condutas e aprimoramento do manejo das condições apresentadas pelo/a usuário/a (Bagni *et al.*, 2018).

A solicitação de exames bioquímicos é competência de diversas categorias profissionais, como médico/a (Brasil, 2013b), enfermeiro/a (Brasil, 2017b), cirurgião/ã-dentista (Brasil, 2007), nutricionista (CFN, 2003), entre outros. Contudo, pelo elevado custo e por ser invasivo, deve ser realizada somente quando necessária (Bagni *et al.*, 2018). Deve-se sempre consultar o prontuário para verificar se o exame já foi realizado, evitando o desperdício de tempo, esforços e recursos; o deslocamento desnecessário do/a usuário/a; a iatrogenia (dano gerado por intervenções médicas ou de qualquer profissional de saúde);

e a sobrecarga dos serviços de apoio diagnóstico (Figueiredo *et al.*, 2017; Brasil, 2010, 2014a).

Os exames complementares básicos a serem monitorados incluem parâmetros relativos ao metabolismo de glicose e lipídios, e alterações endócrinas, dependendo do quadro clínico (**Figura 5.5**), além de sinais de carências nutricionais (Brasil, 2020a; Brasil, 2014a). Diante de achados clínicos pode ser interessante descartar alterações endócrinas, como obesidade hipotalâmica e Síndrome de Cushing, que apesar de raras, podem acarretar aumento do peso. O hipotireoidismo também pode ser investigado se houver suspeitas clínicas, embora não costume causar aumento de peso como se supõe (Brasil, 2014a; Campos *et al.*, 2019). E tendo em vista o risco aumentado de diabetes mellitus (DM), recomenda-se avaliar a presença de sintomas e sinais clássicos, como poliúria, polifagia, polidipsia e redução involuntária de peso corporal.



Fonte: Brasil, 2014a, 2020.

5.2.2 Avaliação do comportamento relativo à redução do peso corporal

Vimos no **Capítulo 2** que o Modelo Transteórico permite compreender a prontidão e a confiança para mudar mediante a investigação dos estágios de mudança e da autoeficácia, respectivamente; e mensurar os prós e contras da mudança ao analisar o equilíbrio de decisões.

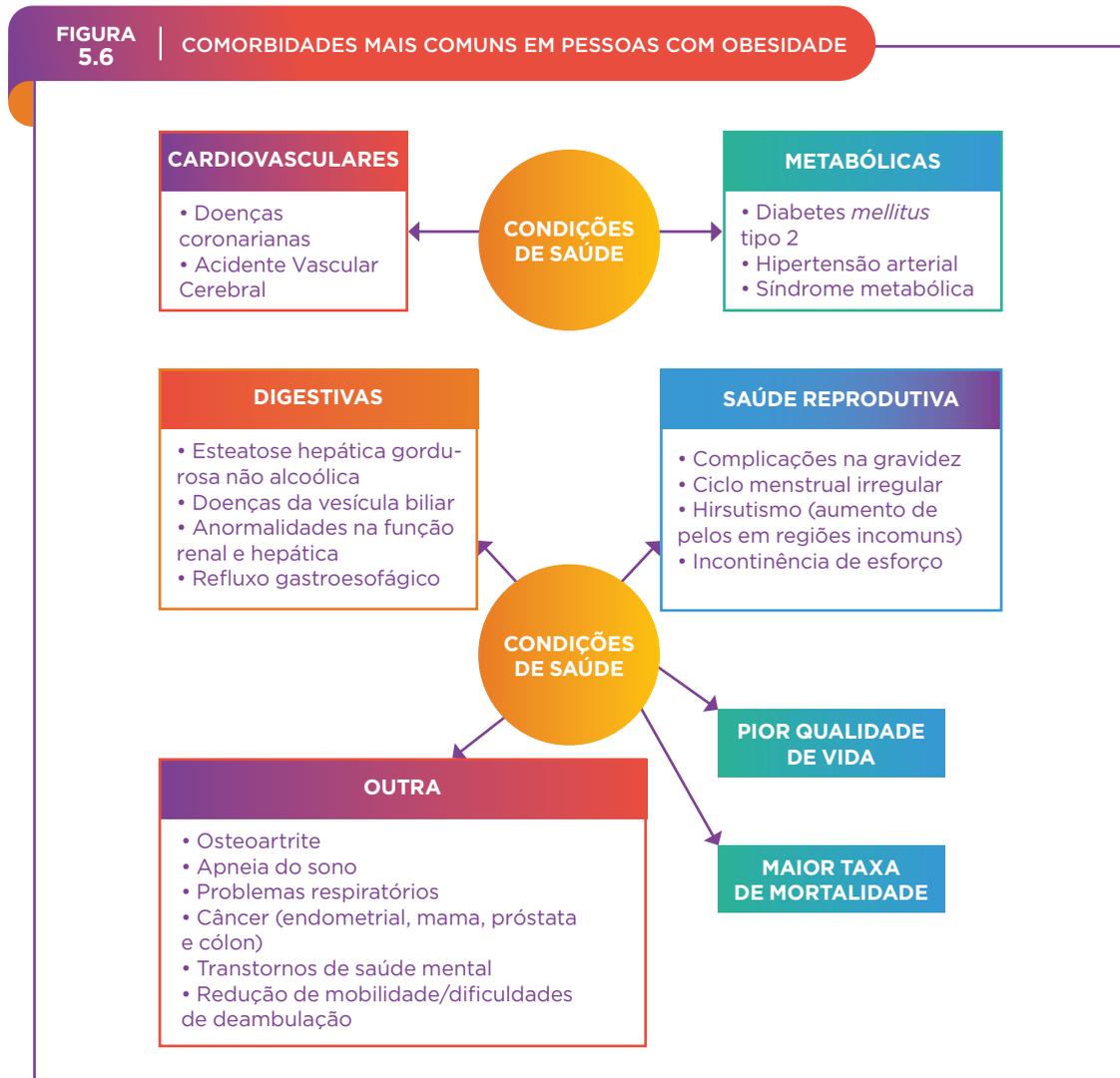
Consulte o **Capítulo 6** para mais informações sobre a aplicação dos estágios de mudança, autoeficácia e equilíbrio de decisões

Para identificar os estágios de mudança e a autoeficácia para redução do peso, sugere-se a *Estratificação de Grupos para Manejo da Obesidade (Anexo B)* (item **5.4** deste capítulo). Usuários/as em ação e manutenção, ou em decisão com elevada autoeficácia estão prontos/as para realizar mudanças que visem reduzir o peso. Já aqueles/as em pré-contemplação e contemplação, ou em decisão com baixa autoeficácia ainda precisam de motivação.

A avaliação das vantagens/prós e desvantagens/contras de reduzir o peso fornecida pelo equilíbrio de decisões auxilia na construção do Plano de Cuidado e no monitoramento das ações (Horwath, 1999). Para sua avaliação, sugere-se o uso de escala validada para pessoas com obesidade que consta na anamnese apresentada ao final deste capítulo.

5.2.3 Avaliação de comorbidades no manejo da obesidade

Quanto maior o valor do IMC, maior é o risco de desenvolver comorbidades (**Figura 5.6**) (Wharton *et al.*, 2020), com impactos na saúde e na mortalidade (Abdelaal *et al.*, 2017; NIH; NHLBI, 2017; Wharton *et al.*, 2020).



Fonte: Abdelaal *et al.*, 2017; NIH; NHLBI, 2017; Wharton *et al.*, 2020.



No manejo da obesidade, comorbidades relacionadas à saúde mental, como transtornos depressivos, compulsivos, de ansiedade e de humor; insatisfação com a imagem corporal e baixa autoestima, ganham ainda mais relevância (Dobrow *et al.*, 2002; Scotton *et al.*, 2019). Nesse sentido, é preciso repensar a explicação simplista de que a obesidade é apenas um desequilíbrio no balanço energético (ingerir mais energia do que se gasta) que pode ser facilmente revertido com dietas restritivas e atividade física (Pain; Kovalski, 2020).

Quando a obesidade e problemas com a saúde mental coexistem, podem produzir um efeito espiral negativo. Ter uma condição pode aumentar as chances de desenvolver a outra, e ter ambas intensifica os efeitos negativos de cada uma. Se cada condição agrava continuamente a outra, tem-se um ciclo vicioso, tornando difícil determinar qual condição iniciou primeiro (Dobrow *et al.*, 2002; Scotton *et al.*, 2019).

Consulte o **Capítulo 3** para mais informações sobre TCAP

A depressão é a principal comorbidade associada à obesidade, havendo correlação positiva entre a intensidade dos sintomas depressivos e o grau de obesidade. Estudos mostram associações em ambas as direções, ou seja, pessoas com obesidade apresentam maior risco de desenvolver depressão ao longo do tempo, e vice-versa (Dobrow *et al.*, 2002; Scotton *et al.*, 2019). Uma das possíveis causas é a discriminação e o preconceito, comuns em ambos os casos.

Distúrbios alimentares, como bulimia nervosa, transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP) e síndrome do comer noturno, podem também se associar à obesidade (Appolinário; Claudino, 2000; Azevedo *et al.*, 2004; Dobrow *et al.*, 2002; Scotton *et al.*, 2019). Em geral, pessoas com distúrbios alimentares apresentam pior evolução no tratamento da obesidade e requerem intervenções mais intensivas, muito empenho e suporte social (Azevedo *et al.*, 2004; Dobrow *et al.*, 2002). Nesse sentido, o/a usuário/a pode ter menor motivação para buscar cuidados, cabendo aos serviços de saúde apoiá-los (Dias *et al.*, 2011).

A literatura também aponta uma importante associação entre obesidade e transtorno de ansiedade. Entretanto, a relação causal entre essas morbidades não é facilmente estabelecida, uma vez que ambas são multidimensionais. A obesidade pode se associar aos distúrbios de ansiedade por várias vias, sendo a discriminação social uma delas. A baixa autoestima é outro fator que pode levar à ansiedade para compensar dificuldades de interação em uma rede social não amigável. Por se considerarem inadequados em um ambiente hostil, pessoas com obesidade podem desenvolver sofrimento psicológico e ansiedade, e se afastarem socialmente. Ademais, a forma como os outros as vêem pode se tornar a maneira como vêm a si mesmas, aumentando a insatisfação com o corpo (Scotton *et al.*, 2019). Muitas vezes, se culpam por terem obesidade e se esforçam para emagrecer (geralmente

sem suporte e seguido de fracasso), tornando a alimentação e o controle de peso fontes excessivas de ansiedade. Nesse sentido, o/a profissional de saúde tem grande responsabilidade em não discriminar ou estigmatizar o/a usuário/a.

A presença de comorbidades relativas à saúde mental deve ser considerada durante todo o tratamento, e de forma especial na avaliação pré-operatória e no manejo pós-cirúrgico. Para a maioria dos/as candidatos/as à cirurgia bariátrica, essa avaliação resulta em liberação pelo psicólogo/a; entretanto, cerca de 15% têm a cirurgia adiada ou negada, sendo as razões mais comuns a psicopatologia significativa (psicose ou transtorno bipolar) e a depressão não tratada ou subtratada (Pull, 2010).

É essencial que a equipe exerça papel ativo na identificação e tratamento de comorbidades associadas à obesidade, sejam físicas ou relativas à saúde mental. A identificação oportuna favorece o tratamento, e o bem-estar físico, mental e emocional dos/as usuários/as.

5.2.4 Avaliação da atividade física no cuidado da pessoa com obesidade

Outro aspecto central para o planejamento do cuidado da pessoa com obesidade é a avaliação da prática de atividade física. A Organização Mundial de Saúde recomenda para pessoas adultas com condições crônicas, a prática de pelo menos 150 minutos/semana de atividade física aeróbia de intensidade moderada, ou 75 minutos de intensidade vigorosa. Para benefícios adicionais, recomenda-se realizar, pelo menos em dois dias na semana, atividades de fortalecimento muscular, como exercícios com sobrecarga externa (ex.: musculação, movimentos com halteres, caneleiras e elásticos) ou com o peso do corpo, que envolvam os principais grupos musculares (OMS, 2020). As recomendações de atividade física para os diferentes ciclos da vida e considerando características específicas de populações podem ser encontradas no Guia de Atividade Física para a População Brasileira elaborado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2021c). E para auxiliar os profissionais de saúde no planejamento e avaliação das suas ações de incentivo à práticas de atividade física de forma a torna-las replicáveis e sustentáveis, foi desenvolvido o material de Recomendações para o Desenvolvimento de Práticas Exitosas de Atividade Física na Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2021d).

5.2.5 Ambiente alimentar e de prática de atividade física

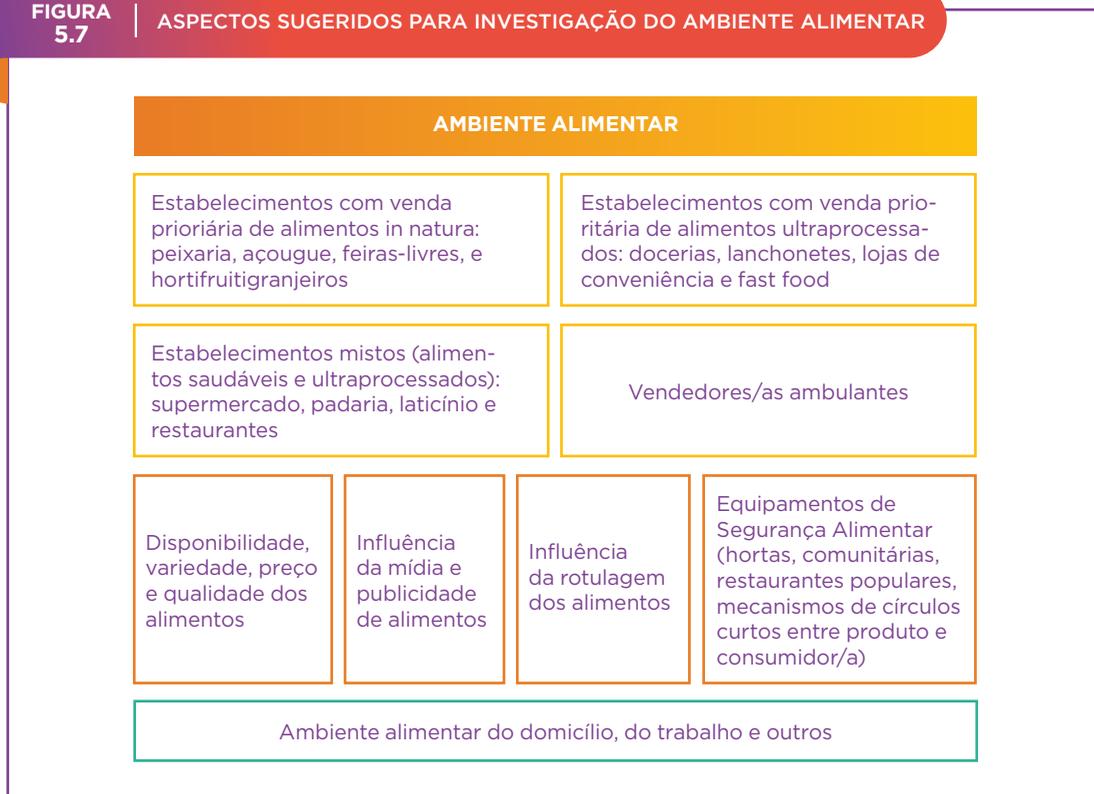
Em relação à interação da pessoa com o seu contexto, um aspecto importante a ser avaliado é o ambiente construído, especialmente o ambiente alimentar e para prática de atividade física. O ambiente alimentar remete ao acesso a estabelecimentos comerciais de alimentos, rotulagem e preço dos alimentos, exposição à propaganda, pressões sociais e culturais etc., e tem sido considerado importante determinante de escolhas alimentares e do estado nutricional (Swinburn *et al.*, 2013). Ambientes desfavoráveis, como aqueles com acesso facilitado a alimentos ultraprocessados, podem reforçar comportamentos pouco saudáveis; enquanto que, ambientes saudáveis, com fácil acesso a alimentos in natura e minimamente processados, com preço acessível e boa disponibilidade, variedade e qualidade, favorecem escolhas alimentares mais saudáveis. Veja na **Figura 5.7** aspectos do ambiente alimentar que podem ser avaliados.



Da mesma forma, o ambiente para prática de atividade física pode propiciar ou dificultar a mobilidade e a prática de atividade física, impactando negativamente o estado nutricional, a saúde mental, entre outros aspectos. Esse ambiente refere-se a áreas disponíveis para caminhadas, calçadas, áreas verdes, parques, trilhas e outras instalações de recreação; acessíveis e seguras, que favoreçam a prática de atividade física no território (Drewnowski *et al.*, 2020).

FIGURA 5.7

ASPECTOS SUGERIDOS PARA INVESTIGAÇÃO DO AMBIENTE ALIMENTAR



Fonte: Abdelaal. *et al.*, 2017; NIH; Nhlbi, 2017; Wharton *et al.*, 2020.

PARA SABER MAIS

SOBRE AMBIENTE ALIMENTAR:

DREWNOWSKI, A. *et al.* Obesity and the Built Environment: A Reappraisal. **Obesity**, v. 28, n. 1, p. 22–30, 2020.

GLANZ, K. *et al.* Healthy nutrition environments: concepts and measures. American journal of health promotion. **AJHP**, v. 19, n. 5, p. 330–3, 2005.

SWINBURN B, *et al.* INFORMAS (International Network for Food and Obesity/non-communicable diseases Research, Monitoring and Action Support): overview and key principles. **Obesity reviews**, v. 14, p. 1–12, 2013. Suppl. 1.

5.3 Tratamento cirúrgico da obesidade

As Diretrizes Gerais para o Tratamento Cirúrgico da Obesidade e Acompanhamento Pré e Pós-Cirurgia Bariátrica preconizam que sejam considerados, além do grau de obesidade (avaliado pelo IMC), a realização prévia de tratamento clínico longitudinal adequado por pelo menos dois anos, e a presença de comorbidades (Brasil, 2013d) (Quadro 5.6). Esse acompanhamento pré e pós-operatório deve ser realizado por equipe multiprofissional da APS e AE.

QUADRO 5.6 | CRITÉRIOS DE INDICAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE CIRURGIA BARIÁTRICA

Critérios de indicação	
Indivíduos com IMC \geq 50 Kg/m ²	
Pessoas com IMC \geq 40 Kg/m ² , com ou sem comorbidades	Sem sucesso no tratamento clínico longitudinal adequadot na APS e/ou na AE, por no mínimo dois anos, e que atende aos protocolos clínicos
Pessoas com IMC $>$ 35 Kg/m ² e com comorbidades ‡	

Fonte: Brasil, 2013d.

Nota: AE: Atenção Especializada; APS: Atenção Primária à Saúde; IMC: Índice de Massa Corporal.

† Orientação e apoio para mudança de hábitos, atenção dietética, psicológica, prescrição de atividade física, e se necessário, farmacoterapia.

‡ Alto risco cardiovascular, diabetes mellitus e/ou hipertensão arterial de difícil controle, apneia do sono, doenças articulares degenerativas, entre outras condições.

Para o tratamento cirúrgico da obesidade também deve ser observada a idade. Por exemplo, em pessoas acima dos 65 anos deve ser realizada criteriosa avaliação multiprofissional do risco cirúrgico, presença de comorbidades, expectativa de vida e benefícios da redução do peso. Além disso, deve-se atentar para condições que contraindicam a cirurgia, como limitações intelectuais e transtornos psiquiátricos não controlados, etc. (**Quadro 5.7**) (Brasil, 2013d).

O tratamento cirúrgico é apenas parte do tratamento integral preconizado na Linha de Cuidado de Sobrepeso e Obesidade. E deve se restringir a casos específicos, como opção terapêutica final para a obesidade grave após a não obtenção de sucesso no tratamento clínico em longo prazo (Brasil, 2013d). Reforçamos aqui a importância de refutar a ideia de que a cirurgia bariátrica é o “caminho mais fácil” e quem a faz não tem tanto valor quanto quem reduz peso por meio de dietas e prática de atividade física (Trainer *et al.*, 2021). Ademais, é essencial que o/a usuário/a esteja consciente de todos os riscos e demandas antes e após o procedimento cirúrgico, assumindo o compromisso de participar de todas as etapas do acompanhamento, desde a avaliação pré-operatória (clínica, nutricional, psicológica, anestésica, gastroenterológica, cardiológica, endocrinológica e pulmonar) até o seguimento do pós-operatório (Brasil, 2017c; Brasil, 2013d) (**Quadro 5.8**).

**QUADRO 5.7** | CONTRAINDICAÇÕES PARA O TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE**Critérios de contraindicação**

Limitação intelectual significativa em usuários/as sem suporte familiar adequado
Quadro de transtorno psiquiátrico não controlado†, incluindo uso de álcool e/ou outras drogas
Doença cardiopulmonar grave e descompensada que influencie a relação risco-benefício
Hipertensão portal, com varizes esofagogástricas; doenças imunológicas ou inflamatórias do trato digestivo superior que predisponham a sangramento digestivo ou outras condições de risco
Síndrome de Cushing decorrente de hiperplasia na suprarrenal não tratada e tumores endócrinos

Fonte: Brasil, 2013d.

Nota: † Quadros psiquiátricos graves sob controle não são contraindicações obrigatórias à cirurgia.

QUADRO 5.8 | SUGESTÃO DE ASSISTÊNCIA PRÉ E PÓS-OPERATÓRIA NO TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE**Pré-operatório**

Fases	Avaliações
Fase inicial	<ul style="list-style-type: none">• Avaliação de cirurgião/ã, clínico/a ou endocrinologista, nutricionista, psicólogo/a, cardiologista, pneumologista; e se necessário, psiquiatra, angiologista, gastroenterologista e ginecologista• Pessoas com IMC > 50 kg/m²: redução de 10% a 20% do excesso de peso no pré-operatório• Reuniões do grupo multiprofissionais mensais visando promover mudanças de hábitos
Fase secundária	<ul style="list-style-type: none">• Avaliação do risco cirúrgico• Exames pré-operatórios: radiografia simples de tórax, ECG, ultrassonografia de abdômen total, esofagogastroduodenoscopia, hemograma com plaquetas, TP, KTTT, creatinina, sódio, potássio, bilirrubina total e frações, glicemia de jejum, TGO, TGP, GGT, ácido úrico, cálcio iônico, cloretos, ferro sérico, fosfatase alcalina, glicose em jejum, ureia, magnésio, potássio, T4, TSH, colesterol total, HDL, triglicérides, glicose pós-dextrosol, insulina, hemoglobina glicosilada, [sorologias para hepatite B e C, HIV, espirometria, ferritina, vitamina B12, 25 (OH), vitamina D3

Pós-operatório	
Consultas de acompanhamento no período pós-operatório e exames pós-operatórios	
Periodicidade	Consultas/Exames†
De 15 a 30 dias (1º mês)	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta com cirurgião/ã e nutricionista
2º mês	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta com cirurgião/ã, nutricionista e psicólogo/a • Exames pós-operatórios
3º mês	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta com clínico/a, nutricionista e psicólogo/a
4º mês	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta com clínico/a, nutricionista e psicólogo/a
6º mês	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta com cirurgião/ã, nutricionista e psicólogo/a • Exames pós-operatórios
9º mês	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta com clínico/a e endocrinologista, nutricionista e psicólogo/ • Exames pós-operatórios
De 12º a 15º meses	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta com cirurgião/ã, clínico/a-endocrinologista, nutricionista e psicólogo/a • Exames pós-operatórios
18º mês	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta com clínico/a e endocrinologista, nutricionista e psicólogo/ • Exames pós-operatórios

Fonte: Brasil, 2017c.

Nota: † ECG: eletrocardiograma; GGT: gama-glutamil-transferase; HDL: lipoproteína de alta densidade; HIV: vírus da imunodeficiência humana; KTTp: Tempo de tromboplastina parcialmente ativada; T4: tiroxina; TGO: aminotransferase aspartatoséica; TGP: aminotransferasealaninaséica; TP: tempodeprotrombina; TSH: hormônioestimulador d tireoide.

† Exames pós-operatórios a serem realizados: hemograma completo, proteínas totais e frações, zinco sérico, dosagem de cálcio, vitamina B12, folato, ferritina, triglicérides, 25 hidroxivitamina D, colesterol LDL, colesterol LDL, colesterol total.

5.4 Proposta de avaliação abrangente do/a usuário/a com obesidade

Propomos dois instrumentos para avaliação de usuários/as com obesidade, que devem ser adaptados conforme a realidade local. O primeiro é a Estratificação de Grupos para Manejo da Obesidade, a ser aplicado no primeiro contato com o/a usuário/a para identificar a prontidão para redução do peso corporal. Já o segundo instrumento, trata-se de uma proposta de anamnese a ser aplicada nos atendimentos iniciais de usuários/as que possuem prontidão para tratar a obesidade, podendo também ser usada como base para os retornos.

5.4.1 Estratificação de Grupos para Manejo da Obesidade

A aplicação da Estratificação de Grupos para Manejo da Obesidade (**Anexo B**) é útil para definir as abordagens coletiva e individual a serem empregadas a partir da Estratégia de Cuidado da Pessoa com Obesidade no SUS proposta no “Instrutivo de Abordagem Coletiva para Manejo da Obesidade no SUS” (Brasil, 2021a). Para isso, avalia os seguintes parâmetros: IMC; estágio de mudança e grau de autoeficácia para redução do peso; dispo-



nibilidade e desejo para participar de grupos com seis ou mais meses de duração; e se é elegível para cirurgia bariátrica. A aplicação da Estratificação é sugerida no primeiro contato com o/a usuário/a e na redefinição do Plano de Cuidado, e algumas de suas informações podem ser previamente obtidas no prontuário, em outros atendimentos, no acolhimento, via ACS, etc.

A primeira parte da Estratificação deve ser aplicada em todos/as usuários/as (identificação, medidas de peso e altura). Caso o/a usuário/a não possua obesidade, ele/a deverá ser convidado/a para participar das ações de promoção da alimentação adequada e saudável disponíveis na Unidade de Saúde ou no território (Ex.: Programa Academia da Saúde, etc.). Para aqueles/as com obesidade, o/a profissional dá continuidade perguntando sobre a disponibilidade de tempo e desejo para participar de grupos. A seguir, deve-se verificar se o/a usuário/a atende aos critérios de cirurgia bariátrica mediante consulta ao prontuário ou outros registros da unidade. E, por fim, identificar o estágio de mudança e o grau de autoeficácia para redução do peso.

5.4.2 Anamnese inicial

Propomos uma anamnese inicial (**Figura 5.8**), a partir dos parâmetros aqui discutidos, que deve ser adaptada conforme a realidade local e definições da equipe. Ela foi construída a partir do SISVAN (Brasil, 2016), do Instrutivo de Abordagem Coletiva para Manejo da Obesidade no SUS (Brasil, 2021a) e do Formulário para acompanhamento da obesidade desenvolvido pela Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (PBH, 2016). Muitas das questões já estão presentes nas fichas disponíveis no e-SUS (marcadas em azul) e no prontuário; outras podem ser obtidas na Estratificação de Grupos para Manejo da Obesidade.

A **Estratégia para o Cuidado da Pessoa com Obesidade no SUS** propõe o atendimento individual em diversas situações e modalidades e será vista em detalhes no **Capítulo 6**.

Figura 5.8 - Anamnese inicial para atendimento individual do/a usuário/a com obesidade no SUS

Nome		Nº do Prontuário Eletrônico		Idade
Cor de pele () Branca () Preta () Parda () Amarela () Indígena		Sexo () Fem. () Masc.		Data de Nascimento ____/____/____
Endereço		Bairro		Equipe
UBS/ESF	Estado Civil	Profissão		Telefone
HISTÓRIA CLÍNICA DA CONDIÇÃO DE OBESIDADE				
Possui obesidade há quanto tempo? _____anos	Tratamento nutricional () Atual () Prévio	Uso de medicamentos para controle de peso () Atual () Prévio		
	Se prévio, quando?	Se prévio, quando?	Qual(is)?	
Cirurgia bariátrica () Sim () Não	Se sim, quando?	Sabe informar a técnica?		
Peso máximo alcançado _____kg em ____/____/____		Peso mínimo alcançado _____kg em ____/____/____		
Sofreu ou se sentiu discriminado/a em algum momento da sua vida pelo seu peso? () Sim () Não		Lembra de que palavras/atitude preconceituosas essas pessoas tiveram? () Usaram palavras como: GORDO/A, ELEFANTE, INÚTIL () Tiveram atitudes como a invisibilidade ou ignorar o/a sujeito/a () Tiveram atitudes de discriminação () Tiveram atitudes depreciativas		
Se sim, quando? () Infância () Adolescência () Vida adulta				
SENTIMENTOS, IDEIAS, FUNCIONALIDADES E EXPECTATIVAS (SIFE)				
Como o senhor/a se sente em relação à obesidade?				
Como a obesidade influencia nas coisas que o senhor/a faz no dia-a-dia, como dormir, trabalhar, comer, passear?				
O que o senhor/a acha que pode causar a obesidade?				
O que você espera do tratamento?				
COMORBIDADES E SINTOMAS				
Hipertensão arterial () Sim () Não	Diabetes mellitus () Sim () Não	Dislipidemias () Sim () Não	Depressão () Sim () Não	Ansiedade () Sim () Não
Doença renal crônica () Sim () Não	Distúrbios gastrointestinais () Sim () Não	Doença cardiovascular () Sim () Não	Esteatose hepática () Sim () Não	Apneia obstrutiva do sono () Sim () Não
Insônia () Sim () Não	Dores articulares () Sim () Não	Constipação intestinal () Sim () Não	Outros	



Medicamentos utilizados			Outros tratamentos			
HISTÓRIA FAMILIAR						
Hipertensão arterial () Sim () Não	Diabetes mellitus () Sim () Não	Dislipidemias () Sim () Não	Infarto () Sim () Não	AVC () Sim () Não	Câncer () Sim () Não	Outros
SE SIM, QUEM?	SE SIM, QUEM?	SE SIM, QUEM?	SE SIM, QUEM?	SE SIM, QUEM?	SE SIM, QUEM?	
					QUAL A LOCALIZAÇÃO?	
RISCO DE INSEGURANÇA ALIMENTAR						
Nós últimos 3 meses, os alimentos acabaram antes que você tivesse dinheiro para comprar mais comida? () Sim () Não						
Nós últimos três meses, você comeu apenas alguns alimentos que ainda tinha, porque o dinheiro acabou? () Sim () Não						
EQUILÍBRIO DE DECISÕES PARA REDUÇÃO DO PESO CORPORAL						
Indique o quão importante é para você, atualmente, cada uma das situações abaixo.	Nada importante	Pouco importante	Importante	Muito importante		
Planejar com mais atenção a compra e/ou o preparo dos alimentos para contribuir na redução de peso.						
Sentir-se bem por estar cuidando da sua saúde durante o processo de redução de peso.						
Aprender a lidar com as frustrações que surgirem durante o processo de redução de peso.						
Conseguir identificar as situações do seu dia a dia que prejudicam a redução de peso.						
Indique o quão preocupante é para você, atualmente, cada uma das situações abaixo.	Nada preocupante	Pouco preocupante	Preocupante	Muito preocupante		
Voltar a ter algum comportamento que atrapalhe a redução de peso.						
Sentir-se sem apoio no processo de redução de peso.						
Ter pouco tempo disponível para incluir no seu dia a dia as mudanças necessárias para redução de peso.						
Ser desestimulada(o) pelos familiares e/ou amigos/as ao iniciar uma nova tentativa de redução de peso.						
COMPORTEMENTOS DE SAÚDE E AMBIENTE ALIMENTAR						
Atividade física () Sim () Não	Tabagismo () Sim () Não	Bebidas alcoólicas () Sim () Não	Come rápido () Sim () Não	Belisca alimentos entre as refeições () Sim () Não		

Se sim, tipo e frequência	Se sim, cigarros/dia	Se sim, frequência e dose	Ingestão de água ____litros/dia	Consome frango com pele/carne com gordura () Sim () Não	
Cozinha-se em casa? () Sim () Não	Se sim, quem prepara os alimentos?	Você tem costume de realizar as refeições assistindo TV, mexendo no computador e/ou celular? () Sim () Não			
É fácil comprar frutas, legumes e verduras no seu bairro. () Discordo totalmente () Discordo parcialmente () Nem concordo nem discordo () Concordo parcialmente () Concordo totalmente					
É fácil comprar refrigerantes; biscoitos; salgadinhos de pacote; balas e outras guloseimas no seu bairro. () Discordo totalmente () Discordo parcialmente () Nem concordo nem discordo () Concordo parcialmente () Concordo totalmente					
Quais refeições você faz ao longo do dia? () Café da manhã () Lanche da manhã () Almoço () Lanche da tarde () Jantar () Ceia () Outras:					
CONSUMO ALIMENTAR					
Ontem você consumiu:					
Feijão	() Sim () Não () Não sabe				
Frutas Frescas (não considerar suco de frutas)	() Sim () Não () Não sabe				
Verduras e/ou legumes (não considerar batata, mandioca, aipim, macaxeira, cará e inhame)	() Sim () Não () Não sabe				
Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha)	() Sim () Não () Não sabe				
Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha)	() Sim () Não () Não sabe				
Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar)	() Sim () Não () Não sabe				
Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados	() Sim () Não () Não sabe				
Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina)	() Sim () Não () Não sabe				
AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA					
Peso _____kg	Altura _____m	IMC _____kg/m ²	Classificação IMC	Perímetro da Cintura _____cm	Perímetro do quadril _____cm
AVALIAÇÃO CLÍNICA E BIOQUÍMICA					
Pressão arterial _____mmHg	Frequência cardíaca _____bpm	Acantose nigricans () Sim () Não	Edema MMII () Sim () Não	Sinais - deficiência de micronutrientes () Sim () Não Se sim, quais?	



Outros achados clínicos:					
Exames bioquímicos	Glicemia de jejum	Hemoglobina glicada	Colesterol total	LDL	HDL
Data ____/____/____	Ácido úrico	TSH	VLDL	Triglicérides	
CONDUTAS					
OBSERVAÇÕES					

Fonte: Anamnese baseada em: Brasil, 2016, 2021a, 2021e; PBH, 2016. Os itens identificados em azul são informações disponíveis no eSUS.

Para os atendimentos de retorno, a equipe poderá selecionar questões da anamnese que julgar importantes para acompanhar a evolução, tais como dados antropométricos, marcadores do consumo alimentar, avaliação clínica e bioquímica, estágios de mudança e autoeficácia para redução do peso, etc. Essa seleção dependerá da abordagem implementada (Básica ou Intensiva, apresentada no **Capítulo 6**) e da periodicidade e duração dos atendimentos.

Para o monitoramento do peso, IMC, perímetro da cintura e pressão arterial, a equipe pode utilizar um cartão específico (**Quadro 5.11**), que deverá ser preenchido nos atendimentos visando possibilitar a avaliação da evolução junto com o/a usuário/a.

QUADRO 5.11 | DADOS DE MONITORAMENTO DO/A USUÁRIO/A

Nome: _____

Data	Pressão arterial		Peso	Índice de massa corporal	Perímetro da cintura	Profissional responsável
	Sistólica	Diastólica				
___/___/___						
___/___/___						
___/___/___						
___/___/___						
___/___/___						
___/___/___						

Fonte: PBH, 2016.

MENSAGENS CENTRAIS DO CAPÍTULO

- Momentos de encontro na Unidade de Saúde, como atividades coletivas, consultas, visitas domiciliares, etc., são oportunos para avaliação do estado nutricional e dos marcadores do consumo alimentar, possibilitando identificar precocemente usuários/as com obesidade.
- Equipes de saúde devem pactuar previamente os parâmetros essenciais a serem coletados e apresentados nas discussões interdisciplinares, otimizando o planejamento das estratégias de cuidado.
- O adequado manejo da obesidade pressupõe uma avaliação abrangente, organizada e integral, a partir da avaliação de diferentes parâmetros, incluindo aspectos individuais, contextuais e sociais, segundo a necessidade e complexidade do caso, e a realidade local.
- Diagnóstico nutricional deve ser definido a partir da análise conjunta das avaliações antropométrica, clínica, bioquímica e de consumo alimentar, não se restringindo ao IMC.
- Avaliações clínica e bioquímica devem ser realizadas sistematicamente para prevenir e controlar comorbidades.
- Usuários/as devem ser previamente avaliados/as quanto aos aspectos psicológicos e de saúde mental, uma vez que podem ser causadores, mantenedores ou retroalimentadores da condição de obesidade.



REFERÊNCIAS

ABDELAAL, M. *et al.* Morbidity and mortality associated with obesity. **Annals of translational medicine**, v. 5, n. 7, p. 161, 2017.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Súmula Normativa nº 11, de 20 de agosto de 2007**. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTI xMw==>. Acesso em: 08 ago. 2020.

ALBERGA, A. S. *et al.* Weight bias and health care utilization: a scoping review. **Prim. Health Care Res. Dev.**, v. 20, e116, 2019.

AMATO, A. C. M. *et al.* Criação de questionário e modelo de rastreamento de lipedema. **Jornal Vascular Brasileiro**, v. 19, e20200114, 2020.

APPOLINÁRIO, J. C.; CLAUDINO, A. M. Transtornos alimentares. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 22, n. suppl 2, p. 28-31, dez. 2000.

AZEVEDO, A. P. *et al.* Transtorno da compulsão alimentar periódica. **Archives of Clinical Psychiatry**, São Paulo, v. 31, n. 4, p. 170-2, 2004.

BAGNI, U. V. *et al.* Métodos em avaliação nutricional: prioridades na Atenção Básica. In: FERREIRA, A. A. *et al.* **Avaliação nutricional na Atenção Básica: reflexões sobre práticas e saberes**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018. p. 31-48.

BARROSO, W. K. S. *et al.* Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial - 2020. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 116, n. 3, p. 516-658, 2021.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal. **Síntese Operativa: Obesidade: Ações na Atenção Primária**. Belo Horizonte: Prefeitura Municipal, 2016. 29 p.

BRASIL. Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional. **Estudo Técnico: Mapeamento dos Desertos Alimentares no Brasil**. Brasília, DF: CAISAN, 2019. 55 p.

BRASIL. Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional. **Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade: recomendações para estados e municípios**. Brasília, DF: CAISAN, 2014b. 39 p.

BRASIL. Casa Civil. **Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013**. Dispõe sobre o exercício da Medicina. Brasília, DF: Casa Civil, 2013b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12842.htm. Acesso em: 22 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à saúde. **Instrutivo de Abordagem Coletiva para Manejo da Obesidade no Sistema Único de Saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021a. 145p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Fascículo 1 Protocolos de uso do guia alimentar para a população brasileira na orientação alimentar:** bases teóricas e metodológicas e protocolo para a população adulta. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021b. 26p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à saúde. **Guia de Atividade Física Para a População Brasileira:** recomendações para gestores e profissionais de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021c. 18p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à saúde. **Recomendações para o Desenvolvimento de Práticas Exitosas de Atividade Física na Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021d. 34p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à saúde. **Departamento de Promoção da Saúde. Insegurança Alimentar na Atenção Primária à Saúde:** Manual de Identificação dos domicílios e Organização da Rede. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021e. 134 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Sobrepeso e Obesidade em adultos.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. 390 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Teste como está sua alimentação.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guiadebolso_folder.pdf. Acesso em: 30 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual Operacional para uso do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. SISVAN.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017a. 39 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2017b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 30 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério



da Saúde, 2017c. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em: 07 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na Atenção Básica**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. 32 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Marco de referência da vigilância alimentar e nutricional na Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015a. 56 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015b. 33 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade**. Caderno de Atenção Básica n. 38 Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014a. 212 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a População Brasileira**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014c. 156 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a. 160 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013c. 128 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 425, de 19 de março de 2013**. Estabelece regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2013d. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0425_19_03_2013.html. Acesso em: 31 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Rastreamento**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. 95 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN na assistência à saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. 61 p.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde:** Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. 76 p.

CAMPOS, D. A. *et al.* **Abordagem do sobrepeso e obesidade na Atenção Primária à Saúde.** Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2019. 83 p.

CARVALHO, K. M. B. *et al.* Obesidade. *In:* CUPPARI, L. **Nutrição Clínica no adulto.** 4. ed. Barueri SP: Manole, 2019. p. 169-204.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. **Resolução CFN nº 306, de 24 de março de 2003.** Dispõe sobre solicitação de exames laboratoriais na área de Nutrição Clínica, revoga a Resolução CFN nº 236, de 2000 e dá outras providências. 2003. Disponível em: https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/resolucoes/Res_306_2003.htm. Acesso em: 07 nov. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. **Resolução CFN nº 599, de 25 de fevereiro de 2018.** Aprova o Código de Ética e de Conduta do Nutricionista e dá outras providências. 2018. Disponível em: https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/resolucoes/Res_599_2018.html. Acesso em: 31 jul. 2020.

DIAS, A. M. *et al.* Adesão ao regime Terapêutico na Doença Crônica: Revisão da Literatura. **Millenium**, v. 40, p. 201-219, 2011.

DOBROW, I. J. Aspectos psiquiátricos da obesidade. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 24, p. 63-67, mar, 2002, Suppl. 3. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462002000700014>. Acessado em: 30 ag. 2021.

DONATO, K. A. Executive summary of the clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults. **Archives of Internal Medicine**, v. 158, n. 17, p. 1855-67, 1998.

DREWNOWSKI, A. *et al.* Obesity and the Built Environment: A Reappraisal. **Obesity**, v. 28, n. 1, p. 22-30, 2020.

DUARTE, A. C. G. **Semiologia nutricional.** 1. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2019. 377 p.

FIGUEIREDO, M. F. S. *et al.* Solicitação de exames de apoio diagnóstico por médicos na Atenção Primária à Saúde. **Saúde em Debate**, v. 41, n. 114, p. 729-40, 2017.

GATES, J. Venous stasis ulcers in the patient who is obese. **Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing**, v. 32, n. 6, p. 421-6, 2005.



GLANZ, K. *et al.* Healthy nutrition environments: concepts and measures. **American journal of health promotion: AJHP**, v. 19, n. 5, p. 330-3, 2005.

GOIS, B. P.; CIRQUEIRA, P. K. S. Avaliação nutricional ambulatorial do adulto. *In*: LOPES, E. C. *et al.* **Nutrição do adulto**: diretrizes para a assistência ambulatorial. Palmas: EDUFT, 2019. 172 p.

HORWATH, C. C. Applying the transtheoretical model to eating behaviour change: challenges and opportunities. **Nutrition Research Reviews**, v. 12, p. 281-317, 1999.

KAMIMURA, M. A. *et al.* Avaliação nutricional. *In*: CUPPARI, L. **Nutrição Clínica no adulto**. 4. ed. Barueri SP: Manole, 2019. p. 111-50.

MARTINS, C. **Diagnósticos em nutrição: fundamentos e implementação da padronização internacional**. Porto Alegre: Artmed, 2016.

MCKAY, J. *et al.* Overweight & obese Australian adults and micronutrient deficiency. **BMC Nutrition**, v. 6, n. 12, p. 1-13, 2020.

MIRANDA, R. C. Diagnósticos de nutrição. *In*: BECK, B.D. *et al.* **Avaliação nutricional**. Porto Alegre: SAGAH, 2018. p.105-32.

MUSSOI, T. D. Diagnóstico nutricional. *In*: MUSSOI, T. D. **Avaliação nutricional na prática clínica**: da gestação ao envelhecimento. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. p. 283- 92.

MUTHAYYA, S. *et al.* The Global Hidden Hunger Indices and Maps: an advocacy tool for action. **Plos ONE**, v. 8, n. 6, e67860, 2013.

NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH; NATIONAL HEART LUNG AND BLOOD INSTITUTE. **Overweight and Obesity**: NHLBI, NIH. 2017. Disponível em: <https://www.nhlbi.nih.gov/health-topics/overweight-and-obesity>. Acesso em 30 ago. 2020.

NUTRITION SCREENING INITIATIVE. **Nutrition interventions manual for professionals caring for older Americans**. Washington: The Nutrition Screening Initiative; 1995.

PAIM, M. B; KOVALESKI, D. F. Análise das diretrizes brasileiras de obesidade: patologização do corpo gordo, abordagem focada na perda de peso e gordofobia. **Saúde Soc.**, v. 29, e190227, 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Diretrizes da OMS para atividade física e comportamento sedentário**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2020.

- PARROT, J. *et al.* American Society for Metabolic and Bariatric Surgery Integrated Health Nutritional Guidelines for the Surgical Weight Loss Patient 2016 Update: Micronutrients. **Surgery for Obesity and Related Diseases**, v. 13, n. 5, p. 727-741, May 2017.
- PASTORE, C. A. *et al.* Sociedade Brasileira de Cardiologia. III Diretrizes Da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre análise e emissão de Laudos Eletrocardiográficos. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 106, p. 1-23, 2016. Supl. 4.
- PULL, C. B. Current psychological assessment practices in obesity surgery programs: what to assess and why. **Current Opinion in Psychiatry**, v. 23, n. 1, p. 30-36, jan. 2010.
- RUEDA-CLAUSEN, C. F. *et al.* Canadian Adult Obesity Clinical Practice Guidelines: Assessment of People Living with Obesity. **Obesity Canada**. 2020. Disponível em: <https://obesitycanada.ca/guidelines/assessment>. Acesso em: 05 jan. 2021.
- SCOTTON, I. L. *et al.* Aspectos psicológicos em indivíduos com sobrepeso e obesidade. **Saúde e Pesquisa**, v. 12, n. 2, p. 295, 2019.
- SILVA, R. M. F. L. **Tratado de Semiologia Médica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020**. São Paulo: SBD, 2019. 489 p.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA. **Osteoartrite (Artrose)**. 2019a. Disponível em: <https://www.reumatologia.org.br/doencas-reumaticas/osteoartrite-artrose/>. Acesso em: 04 jan. 2021.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA. **Gota**. 2019b. Disponível em: <https://www.reumatologia.org.br/doencas-reumaticas/gota/>. Acesso em: 04 jan. 2021.
- SWINBURN B, *et al.* INFORMAS (International Network for Food and Obesity/non-communicable diseases Research, Monitoring and Action Support): overview and key principles. **Obesity Reviews**, v. 14, 1-12, 2013, suppl. 1.
- THIBAUT, R. *et al.* Twelve key nutritional issues in bariatric surgery. **Clinical Nutrition**, v. 35, p. 12-7, 2016.
- TRAINER, S. *et al.* Extreme Weight Loss. Life Before and After Bariatric Surgery. **New York University Press**, 2021. 232 p. doi 10.18574/9781479857265.
- UCONN RUDD. Center for Food Policy & Obesity. **Research & Resources**. 2021. Disponível em: <https://uconnruddcenter.org/research-archive/>. Acesso em: 10 dez. 20.



UZUNCAKMAK, T. K. *et al.* Cutaneous manifestations of obesity and the metabolic syndrome.

Clinics in Dermatology, v. 36, p. 81-8, 2018.

WHARTON, S. *et al.* Obesity in adults: a clinical practice guideline. **CMAJ**, v. 192, n. 31, p. E875-E891, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity**: preventing and managing the global epidemic: Report of a WHO consultation on obesity. Geneva, Switzerland: WHO, 2000. (WHO Technical Report Series, n. 894).

YUMUK, V. *et al.* Obesity Management Task Force of the European Association for the Study of Obesity. European Guidelines for Obesity management in adults. **Obesity Facts**, v. 8, n. 6, p. 402-24, 2015.

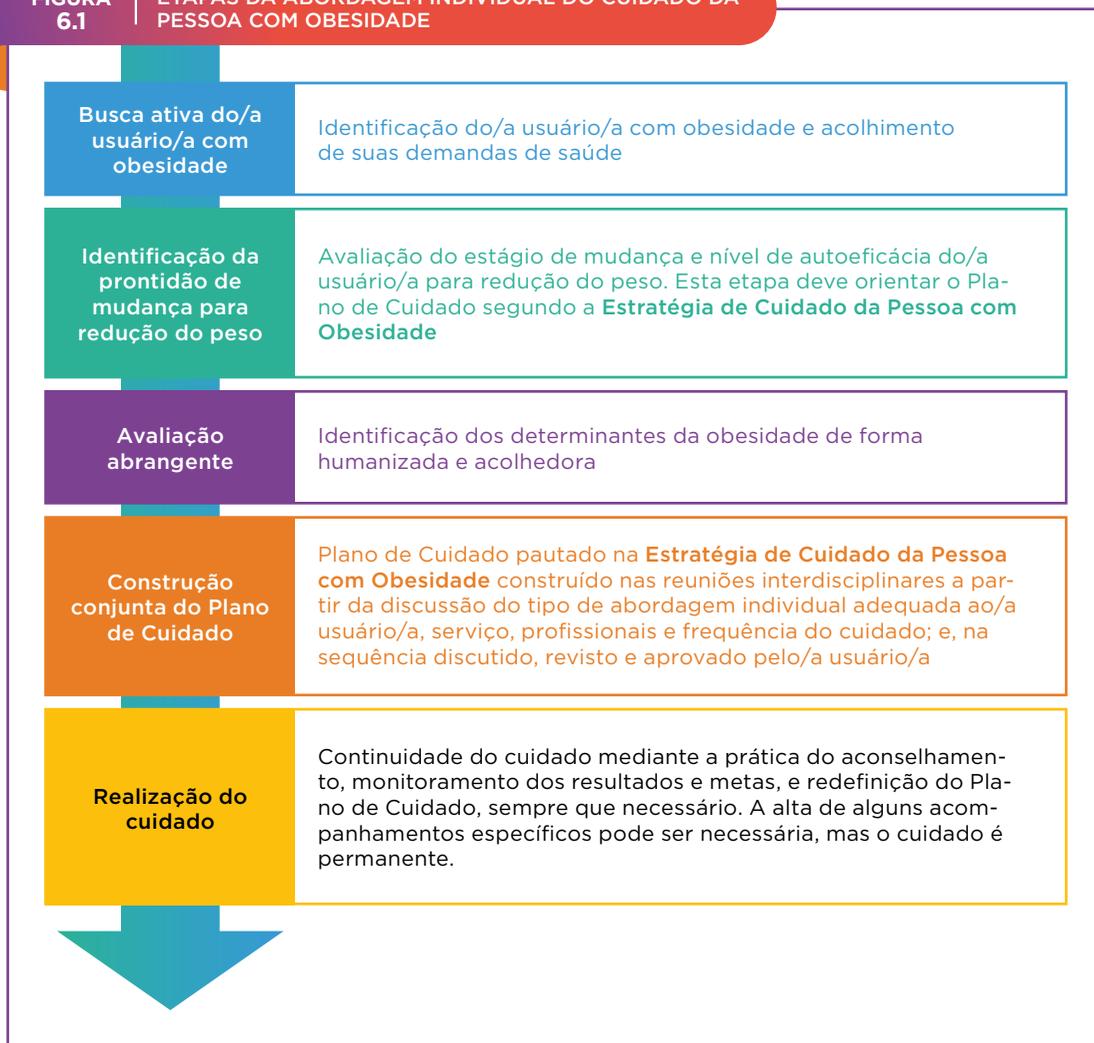
ABORDAGEM INDIVIDUAL DA PESSOA COM OBESIDADE NA PRÁTICA

A abordagem individual da pessoa com obesidade na prática será tratada pelos tópicos:

- Abordagem individual do/a usuário/a com obesidade
- Abordagem individual pautada na Estratégia de Cuidado para a Pessoa com Obesidade no SUS
- Manejo da obesidade segundo a prontidão de mudança para redução do peso corporal
- Abordagem Individual Básica e Intensiva no cuidado da pessoa com obesidade
- Orientações para o cuidado da pessoa com obesidade
- Organização da abordagem individual da pessoa com obesidade
- Encaminhamento para o/a nutricionista
- Devolutivas dos casos para as equipes
- Alta do acompanhamento individual

6.1 Abordagem individual do/a usuário/a com obesidade

Em geral, pessoas com obesidade convivem com essa condição há bastante tempo e já vivenciaram diferentes abordagens terapêuticas, o que requer um olhar integral e acolhedor da equipe. A equipe não deve se limitar a fornecer orientações para promover um balanço energético negativo, mas buscar compreender o/a usuário/a em sua totalidade (Mendes, 2012). A **Figura 6.1** mostra etapas que podem ser úteis para direcionar um cuidado mais efetivo.

FIGURA 6.1 | ETAPAS DA ABORDAGEM INDIVIDUAL DO CUIDADO DA PESSOA COM OBESIDADE


Fonte: elaborada pelas autoras.

A busca ativa de usuários/as com obesidade, **primeira etapa da abordagem individual (Figura 6.1)**, é importante para garantir ações de prevenção e de tratamento oportunas. Ademais, o adequado acolhimento das pessoas com obesidade, sejam de demanda espontânea ou por busca ativa, é indispensável para implementar as recomendações deste Instrutivo. O acolhimento permite ao/a profissional compreender os impactos da obesidade sobre a vida do/a usuário/a; conhecer sentimentos, ideias, emoções e expectativas sobre a sua situação de saúde; e contribuir para identificar seu interesse no tratamento. Acolher o/a usuário/a com obesidade é reconhecer que ele/a traz consigo legítimas e singulares necessidades de saúde, favorecendo a construção do compromisso e do vínculo com o serviço de saúde (Brasil, 2013). Neste sentido, é incompatível com a estigmatização e a **gordofobia** (Paim; Kovaleski, 2020).

A identificação da prontidão de mudança para redução do peso, **segunda etapa da abordagem individual (Figura 6.1)**, auxilia no acolhimento ao considerar as necessidades do/a usuário/a e ao respeitar a sua prontidão ou não para tratar a obesidade, além de nortear as ações da **Estratégia de Cuidado da Pessoa com Obesidade**. Escutá-los/las de forma qualificada e empática sobre suas práticas e dificuldades particulares é crucial (Alberga *et al.*, 2019).

Também é necessário conhecer os fatores que contribuíram para o desenvolvimento da obesidade. A avaliação abrangente (**Capítulo 5**) visa assim identificar os determinantes sociais da obesidade, compondo a **terceira etapa da abordagem individual (Figura 6.1)**. Ela deve ser realizada de forma humanizada e sem julgamento mediante uma escuta qualificada e ambiência adequada, sempre centrada nas necessidades do/a usuário/a.

O Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) propõe orientações para ajudar o/a profissional a manter a abordagem centrada no/a usuário/a. Uma das estratégias é avaliar considerando quatro dimensões, reconhecidas pelo acrônimo SIFE: **Sentimentos** do/a usuário/a em relação aos seus problemas, **Ideias** sobre o que está errado, efeitos da doença no **funcionamento** do seu corpo, e **Expectativas** relativas à doença e aos/ as profissionais de saúde (Britten, 2000). O SIFE pode ser especialmente importante para o estabelecimento de condutas que respeitem as pessoas de diversos pesos e tamanhos corporais, raças, etnias, gêneros, orientações sexuais, classes sociais e aparências físicas, entre outras.

Realizada a avaliação abrangente, é momento da equipe construir interdisciplinarmente um Plano de Cuidado - **quarta etapa da abordagem individual (Figura 6.1)**. Propõe-se que o Plano de Cuidado seja pautado na **Estratégia de Cuidado da Pessoa com Obesidade** a partir da abordagem individual adequada ao/a usuário/a, ao serviço e profissionais de saúde, considerando a complexidade das demandas e a frequência e níveis de atenção requeridos para o cuidado integral. No entanto, as ações do Plano de Cuidado somente poderão ser iniciadas - **quinta etapa da abordagem individual (Figura 6.1)** - após a avaliação e aprovação do/a usuário/a, ao considerar que ele/a é o/a protagonista da atenção prestada a sua saúde.

Independente da etapa de abordagem individual, todos/as os/as profissionais da equipe devem pactuar a organização do cuidado, alinhar condutas e fornecer a devolutiva da evolução do/a usuário/a (Brasil, 2014a, 2014b, 2017b). A abordagem integrada da equipe e o alinhamento de condutas entre os/as profissionais promovem o vínculo e evitam confundir o/a usuário/a, favorecendo a adesão ao autocuidado (Teixeira *et al.*, 2012; Brasil, 2017; Blackburn; Stathi, 2019). Mas, para isso, é necessário o apoio dos gestores às equipes na condução do cuidado das pessoas com obesidade. Esse apoio deve permear todas as ações, como a apresentação de materiais teóricos sobre o assunto, como este Instrutivo; garantia de espaços de educação permanente e qualificação dos/as profissionais; e garantia de suporte operacional para realização das ações de cuidado, como organização das agendas, infraestrutura adequada e construção dos fluxos na Rede de Atenção a Saúde.

No **Quadro 6.1** estão descritas atividades para o manejo da obesidade segundo as diferentes categorias profissionais. Na Atenção Primária à Saúde (APS), destaca-se a importância do/da Agente Comunitário de Saúde (ACS) devido a sua proximidade e vín-



culo com os/as usuários/as. Esses profissionais podem e devem apoiar as ações, incluindo a identificação e busca ativa de usuários/as, monitoramento, e fortalecimento do vínculo com a Unidade de Saúde e seus profissionais, etc. Quanto às atividades específicas das categorias profissionais, duas se destacam por seu papel crucial no manejo da obesidade: a prescrição de treinos, e planos de exercício físico e atividade desportiva, que é privativa do/a profissional de Educação Física; e a elaboração de Plano Alimentar, privativa do/a nutricionista (Brasil, 1991, 2021a). Entretanto, ressalta-se que outras categorias profissionais podem e devem conversar com o/a usuário/a sobre a importância da prática de atividade física e de escolhas alimentares saudáveis

Para o adequado cuidado da pessoa com obesidade é crucial o trabalho interdisciplinar e intersetorial. Por sua complexidade, a obesidade demanda múltiplas ações que podem ir além das possibilidades da Unidade de Saúde, sendo essencial acionar outros equipamentos. Por exemplo, o atendimento integral de usuários/as em vulnerabilidade social e insegurança alimentar demanda uma abordagem intersetorial como o apoio da assistência social. Nesses casos, profissionais da APS e da Atenção Especializada (AE) devem trabalhar em conjunto com outros dispositivos, como os Centros de Referência em Assistência Social (CRAS), na construção do Plano de Cuidado.

QUADRO 6.1 | ATRIBUIÇÕES COMPARTILHADAS E ESPECÍFICAS DAS CATEGORIAS PROFISSIONAIS ENVOLVIDAS NO CUIDADO DA PESSOA COM OBESIDADE

Atividades de todos os/as profissionais de saúde da APS e AE

Reuniões de planejamento, monitoramento e avaliação do cuidado
Condução e participação em atividades de educação permanente
Busca ativa de usuários/as com obesidade
Aplicação da Estratificação de Grupos para Manejo da Obesidade
Construção do Plano de Ação e pactuação com o/a usuário/a
Levantamento de equipamentos do território para apoiar o cuidado
Atividades de telemonitoramento
Participação em Projeto Terapêutico Singular e Projeto de Saúde no Território
Identificação de possíveis casos de transtorno alimentar

Atividades específicas	Categorias profissionais							
	Méd	Enf	Equipe de apoio*	Nut	ACS	Téc enf	Psic	EF
Avaliação clínica	X	X	X					
Avaliação nutricional	X	X		X				
Coleta de marcadores de consumo alimentar; aferição de peso e estatura	X	X	X	X	X	X		X
Avaliação física	X	X	X	X				X
Aconselhamento nutricional e de atividade física**	X	X	X	X				X
Avaliação psicológica							X	
Pedido de exames complementares	X	X	X	X				
Apoio à realização de exames (agendar, lembrar, coletar, etc.)	X	X			X	X		
Acompanhamento, referência e contrarreferência, incluindo usuários/as com transtornos alimentares	X	X		X			X	X
Prescrição de medicamentos para comorbidades***	X	X						
Plano Alimentar individualizado				X				
Prescrição e supervisão de atividade/exercício físico								X

Fonte: Brasil, 2014a, 2014b, 2020a.

Nota: MÉD: Médicos/as; ENF: Enfermeiros/as; APS: Atenção Primária à Saúde; AE: Atenção Especializada; NUT: Nutricionistas; ACS: Agentes Comunitários de Saúde; TÉC ENF: Técnicos/as de Enfermagem; PSIC: Psicólogos/as; EF: profissionais de Educação Física.

*Deve incluir outros/as profissionais da APS e da AE, como fisioterapeuta, assistente social, terapeuta ocupacional, profissional capacitado/a para conduzir Práticas Integrativas e Complementares, entre outros.

**Prescrição nutricional e de programas de atividade ou exercício físico são atividades privativas do/a nutricionista (Lei nº 8.234 de 17 de setembro de 1991) e profissional de Educação Física, respectivamente (Resolução CONFEF nº 073/2004).

***Prescreve somente medicamentos previamente estabelecidos nos programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde



6.2 Abordagem individual pautada na Estratégia de Cuidado para a Pessoa com Obesidade no SUS

Este Instrutivo propõe que a abordagem individual do/a usuário/a com obesidade seja pautada na **Estratégia de Cuidado para a Pessoa com Obesidade no SUS**. Essa Estratégia se baseia no MACC para orientar o manejo da obesidade na APS (**Figura 6.2**) e na AE (**Figura 6.3**) e está descrita no “**Instrutivo de Abordagem Coletiva para o Manejo da Obesidade no SUS**” (Brasil, 2021b). Ela preconiza o tratamento da obesidade a partir da integração das abordagens coletiva e individual, transversalmente permeadas pelo acompanhamento individual longitudinal pelas equipes de Saúde da Família (eSF) ou equipes de Atenção Primária (eAP), e pela prática de atividade física (**Figuras 6.2 e 6.3**).

Para identificar as ações de cuidado sugeridas pela Estratégia, o/a profissional de saúde de primeiro contato com o/a usuário/a deve aplicar a **Estratificação de Grupos para Manejo da Obesidade (Capítulo 5)**, que contempla (Brasil, 2021b):

- Diagnóstico de obesidade segundo o índice de massa corporal (IMC);
- Prontidão de mudança para redução do peso - estágio de mudança e grau de autoeficácia;
- Disponibilidade e interesse do/a usuário/a para participar de grupos;
- Gravidade da condição pela análise dos critérios de elegibilidade para cirurgia bariátrica.

A partir dessas informações, a Estratégia propõe os grupos: Grupo Motivacional (GM)¹ e Grupos Terapêuticos (GT) 1², 2³ e 3⁴ (**Figuras 6.2 e 6.3**); e as abordagens individuais: atendimentos específico e compartilhado, e Projeto Terapêutico Singular (PTS) (**Quadro 6.1**).

PARA SABER MAIS

Sobre Grupo Motivacional e Grupos Terapêuticos:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Instrutivo de abordagem coletiva para o Manejo da Obesidade no Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021.

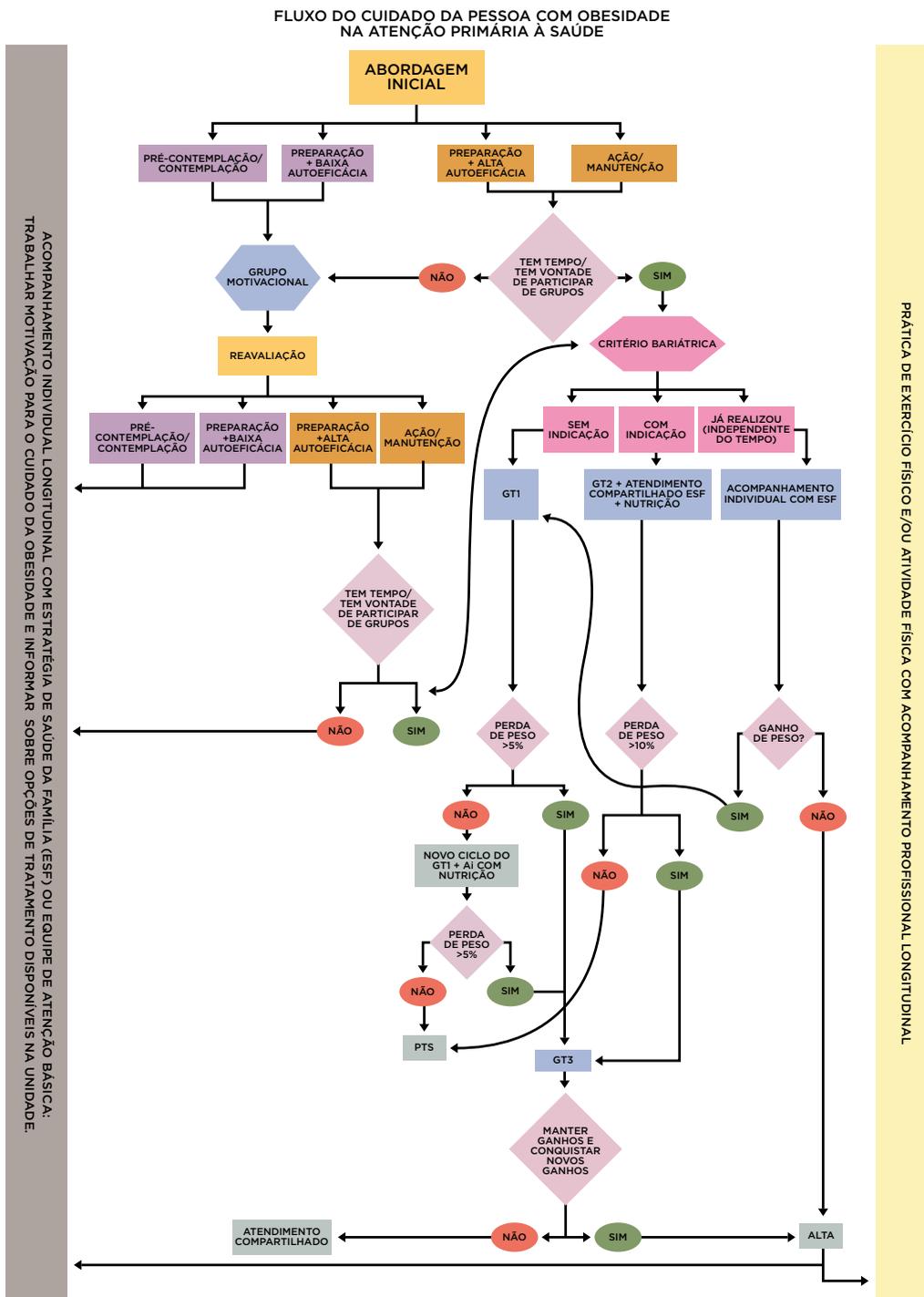
¹ GM: pessoas sem prontidão para reduzir peso. Meta: prontidão de mudança para reduzir peso (Brasil, 2021b).

² GT1: pessoas com prontidão de mudança para reduzir peso e não elegíveis para cirurgia bariátrica. Meta: reduzir 5% do peso em 6 meses (Brasil, 2021b).

³ GT2: pessoas com prontidão de mudança para reduzir peso e elegíveis para cirurgia bariátrica. Meta: reduzir 10% do peso em 12 meses (Brasil, 2021b).

⁴ GT3: pessoas que alcançaram as metas dos GT1 e GT2. Meta: manter os ganhos obtidos (Brasil, 2021b).

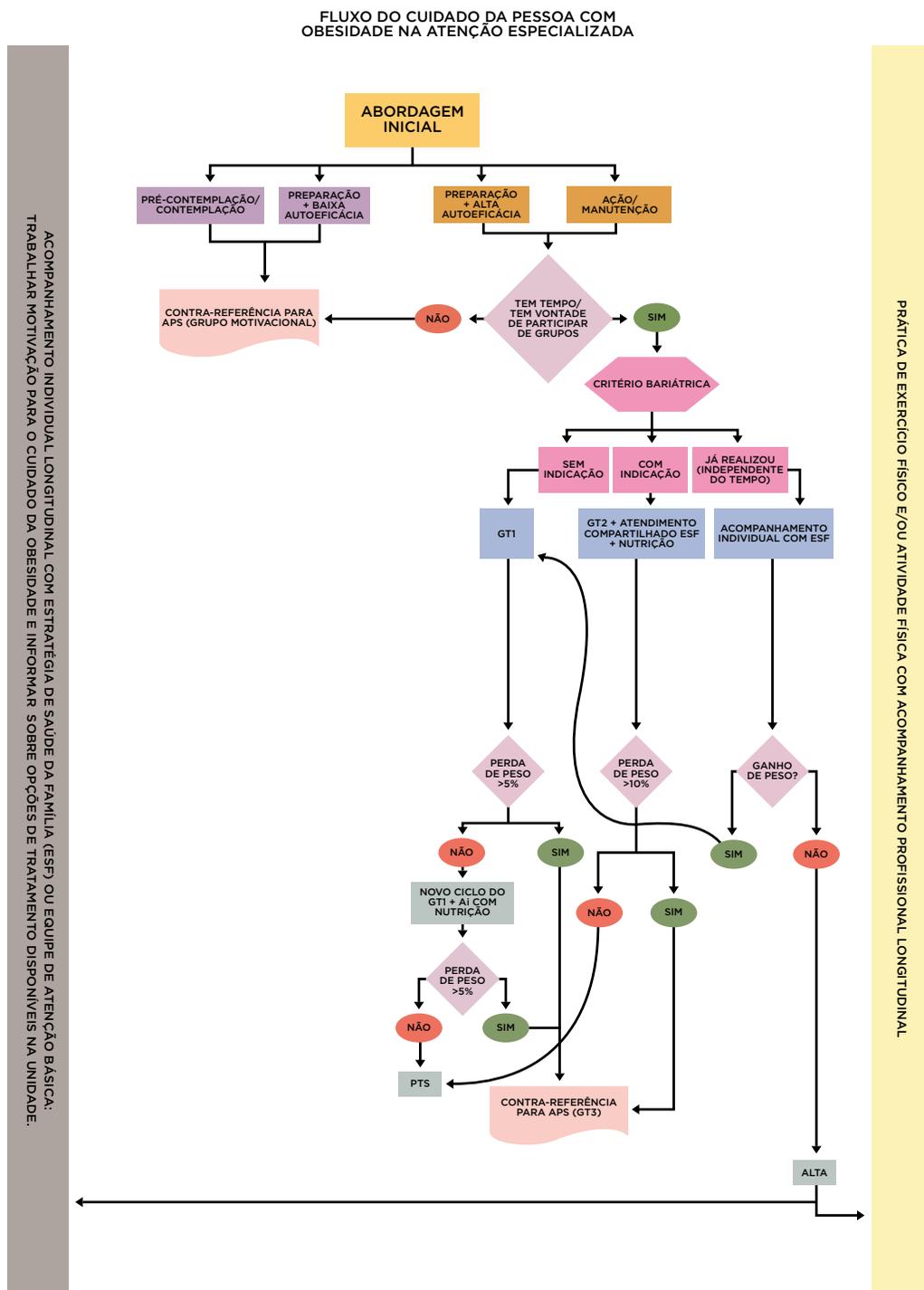
Figura 6.2 - Estratégia para o Cuidado da Pessoa com Obesidade na Atenção Primária à Saúde



Fonte: Brasil, 2021b.



Figura 6.3 - Estratégia para o Cuidado da Pessoa com Obesidade na Atenção Especializada



Fonte: Brasil, 2021b.

Como vimos, todos/as os/as usuários/as devem ser acompanhados/as individualmente pela eSF ou eAP. Aqueles/as com condição grave de obesidade (indicação de tratamento cirúrgico), além de participar do GT2, devem participar de acompanhamento compartilhado da eSF ou eAP e nutricionista na APS¹¹; e médico/a, enfermeiro/a e nutricionista na AE (**Quadro 6.1**).

Após completar um ciclo de participação nos grupos terapêuticos, os/as usuários/as deverão ser reavaliados/as. Participantes do GT1 que não atingiram a meta de redução de 5% do peso deverão participar um novo ciclo do grupo associado ao atendimento individual específico com nutricionista. Mas, se ainda assim após um novo ciclo, não atingir a meta, ele/a deverá ser encaminhado/a para construção do PTS. Já os/as participantes do GT2 que não completarem a meta de 10% de redução do peso após o primeiro ciclo do grupo, deverão ser encaminhados/as para elaboração de PTS. Por fim, os/as usuários/as que participaram do GT3 e que não alcançaram a meta do grupo de manter os ganhos obtidos e conquistar novos ganhos deverão ser encaminhados/as para o atendimento individual compartilhado (**Quadro 6.1**).

QUADRO 6.1 | ABORDAGENS INDIVIDUAIS PROPOSTAS PELA ESTRATÉGIA DE CUIDADO PARA A PESSOA COM OBESIDADE NO SUS

Abordagem individual	Com quem	Quando realizar
Acompanhamento longitudinal com eSF ou eAP	Todos os/as usuários/as em tratamento da obesidade	Longitudinal ao cuidado, mesmo após a alta
Atendimento compartilhado eSF ou eAP e nutricionista*	Participantes do GT2	Durante o GT2
Atendimento específico com Nutricionista*	Participantes do GT1 que não atingiram a meta após primeiro ciclo do grupo	Segundo ciclo do GT1
Atendimento compartilhado	Participantes do GT3 que não mantiveram os ganhos obtidos	Após definição de novo Plano de Cuidado
Projeto Terapêutico Singular	- Participantes do GT1 que não reduziram 5% do peso após novo ciclo do grupo - Participantes do GT2 que não reduziram 10% do peso	Após segundo ciclo do GT1 ou após o GT2

Fonte: adaptado de Brasil, 2021b.

Nota: eSF: equipe de Saúde da Família; eAP: equipe de Atenção Primária; GT1: Grupo Terapêutico 1; GT2: Grupo Terapêutico 2; GT3: Grupo Terapêutico 3.

* Ausência do/a nutricionista na Unidade de Saúde não deve impedir a realização do acompanhamento nutricional individual, devendo ser acionada a Rede de Atenção à Saúde para oferta adequada do cuidado.

6.3 Manejo da obesidade segundo a prontidão de mudança para redução do peso corporal

Para identificar a motivação do/a usuário/a para reduzir peso, o Instrutivo baseia-se nos estágios de mudança e na autoeficácia, pilares do Modelo Transteórico (**Capítulo 2**). No **Quadro 6.2** estão sugestões de como conduzir a abordagem individual segundo os estágios de mudança.

**QUADRO 6.2** | ABORDAGEM DO/A USUÁRIO/A SEGUNDO OS ESTÁGIOS DE MUDANÇA PARA A REDUÇÃO DO PESO

Estágio de mudança	Abordagens
Pré-contemplação	<ul style="list-style-type: none">- Perguntar: Quais são suas dúvidas sobre a obesidade? Como você se sente em relação à condição de obesidade? Sofreu preconceito ou discriminação?- Problematizar: Fale sobre os riscos da obesidade para a sua saúde- Perguntar: Quais são os benefícios da redução do seu peso?
Contemplação	<ul style="list-style-type: none">- Perguntar: O que dificulta a redução do seu peso atualmente? Quem ou quais situações facilitam a redução do seu peso?- Elencar juntos/as as razões para reduzir peso e riscos de não mudar comportamentos- Forneça apoio e fortaleça a autoeficácia do/a usuário/a
Preparação	<ul style="list-style-type: none">- Perguntar: O que é possível para você fazer para reduzir peso? Quais obstáculos você poderá encontrar neste processo?- Construir juntos/as um Plano de Ação
Ação	<ul style="list-style-type: none">- Perguntar: O que tem sido mais difícil para você neste tratamento? Com quem você pode contar para manter as estratégias para redução do peso?- Monitorar juntos/as as mudanças de comportamento e redução do peso- Avaliar juntos/as a necessidade de mudanças no Plano de Ação
Manutenção	<ul style="list-style-type: none">- Perguntar: Como você tem feito em situações em que é mais difícil manter as estratégias para reduzir o peso?- Auxiliar o/a usuário/a a reconhecer os ganhos obtidos- Estabelecer juntos/as estratégias para prevenção de recaídas

Fonte: adaptado de Brasil, 2014a.

Para os/as usuários/as que não apresentam prontidão para reduzir peso (estágios de mudança de Pré-contemplação e Contemplação, e em Preparação com baixa autoeficácia), pode-se utilizar a técnica dos 5R's (**Relevance, Risks, Rewards, Roadblocks e Repetition** - em Português: Relevância, Riscos, Recompensas, Obstáculos e Repetição). A técnica consiste em fazer questões que promovam a reflexão sobre um comportamento ou condição visando promover a tomada de decisão autônoma e superar a ambivalência (Brasil, 2014a). A **Figura 6.4** apresenta a técnica no formato de mapa visando facilitar a aplicação nas consultas.

FIGURA 6.4 | CARTÃO PARA A APLICAÇÃO DA TÉCNICA DOS 5R'S EM USUÁRIOS/AS SEM PRONTIDÃO DE MUDANÇA PARA REDUÇÃO DO PESO CORPORAL

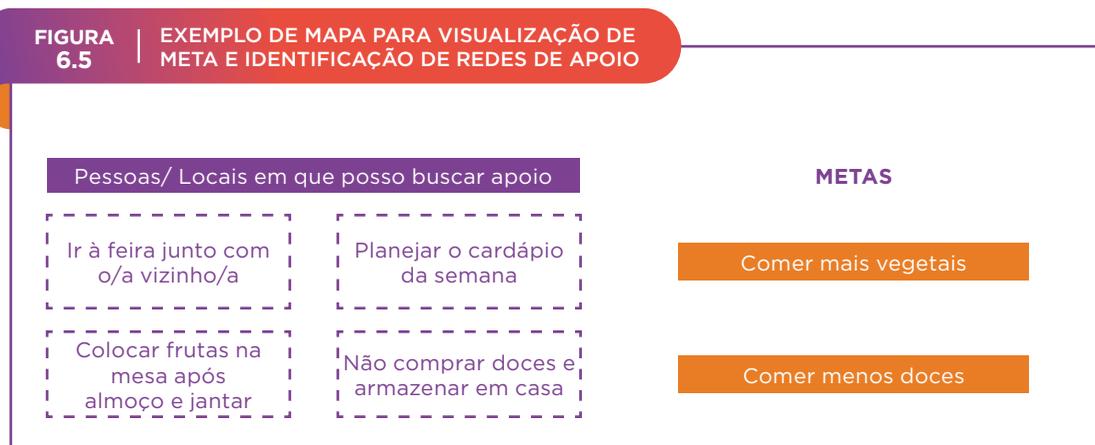


Fonte: Fiore *et al.*, 2008.

Nota: o texto em vermelho deve ser preenchido as informações de cada usuário/a.

Ao longo do acompanhamento é importante motivar o/a usuário/a a se lembrar das razões que o/a fizeram iniciar ou retomar o tratamento da obesidade. Veja na **Figura 6.5** uma sugestão de mapa que pode auxiliá-lo/la a visualizar melhor a meta de cuidado e as motivações que o/a levaram a iniciar o tratamento, além de possíveis redes de apoio disponíveis. Esse mapa pode apresentar melhores resultados em usuários/as com prontidão de mudança para redução do peso.

FIGURA 6.5 | EXEMPLO DE MAPA PARA VISUALIZAÇÃO DE META E IDENTIFICAÇÃO DE REDES DE APOIO



Fonte: elaborada pelas autoras.

Outro ponto a ser trabalhado no cuidado da pessoa com obesidade é o equilíbrio de decisões, especialmente com usuários/as sem prontidão para redução do peso (estágios de mudança de Pré-contemplação e Contemplação). O equilíbrio de decisões trata das vantagens e desvantagens que se identifica para reduzir seu peso. Nesse sentido, à medida que o tratamento evolui, ele/a tende a perceber mais vantagens do que desvantagens, favorecendo a adesão ao tratamento e a manutenção de mudanças. Veja na **Figura 6.6** uma sugestão de instrumento para trabalhar o equilíbrio de decisões, seja na consulta ou para ser preenchido no domicílio e discutido no próximo encontro. O/a usuário/a deve identificar as vantagens e desvantagens de reduzir peso; e junto com o/a profissional, explorar o que predomina: vantagens ou desvantagens.

FIGURA 6.6 | EXEMPLO DE BALANÇA DAS DECISÕES: VANTAGENS E DESVANTAGENS DA REDUÇÃO DO PESO CORPORAL



Fonte: elaborada pelas autoras.

Trabalhar a autoeficácia para reduzir peso, ou seja, a crença que a pessoa possui em si para mudar comportamentos com esse objetivo, é importante para a adesão e o sucesso do tratamento. Dessa forma, todas as conquistas alcançadas devem ser valorizadas. Apresentamos no **Quadro 6.3** uma proposta de Diário de Conquistas, no qual devem ser registradas a data, a conquista e o sentimento vivenciado. Podem ser registradas todas as conquistas, independente de serem relacionadas com a redução do peso, uma vez que, todos os ganhos são importantes para reforçar a autoeficácia. Caso não seja possível escrever (ex.: pessoas sem escolaridade, com deficiência visual, etc.), pode-se usar áudios, gravuras/desenhos e ajuda da família. O Diário deve ser retomado nas consultas visando fortalecer a motivação para o tratamento.

QUADRO 6.3 | DIÁRIO DE CONQUISTAS

Data	Conquistas alcançadas	Sentimento

Fonte: elaborado pelas autoras.

Para operacionalizar o Plano de Cuidado, independente do estágio de mudança, do equilíbrio de decisões ou do grau de autoeficácia, é importante construir junto com o/a usuário/a um Plano de Ação (**Figura 6.7**). Este Plano deverá conter poucas metas, factíveis e realistas, devendo ser priorizadas aquelas mais viáveis para o/a usuário/a naquele momento.

Para elaboração do Plano de Ação (**Figura 6.7**) deve ser questionado quando, onde e como o/a usuário/a pretende realizar cada mudança; como irá se organizar; a data de início; quais as metas e os prazos; quais os obstáculos e quem ou o quê poderá ajudá-lo/la no processo de redução do peso. A equipe, junto com o/a usuário/a, deve estabelecer prazos para cada uma das metas e sempre revisá-las visando atender à realidade atual e a progressão do tratamento.

Definir metas é importante, mas se não forem atingidas pode gerar frustrações. Sugere-se cautela no acompanhamento das metas, com reavaliação contínua e flexibilidade. Por exemplo, considerando as dificuldades do/a usuário/a, a meta pode ter o prazo estendido ou ser substituída.

As metas do Plano de Ação devem ser consideradas como atingidas quando o comportamento se torna rotina. As metas são incorporadas de forma gradativa: primeiro, começam a aparecer nos relatos, ainda espaçadas; e depois passam a ser mais frequentes. Para definir uma meta como hábito adquirido, é necessário, segundo o Modelo Transteórico, pelo menos seis meses. Mas, para isso é crucial o estímulo repetitivo e que os benefícios da mudança sejam atraentes (Luque *et al.*, 2020).

FIGURA 6.7 | MODELO DE PLANO DE AÇÃO

Plano de Ação

Nome: Data:

Meus objetivos de vida (O que é importante para mim):

Mudança de hábito e data	O que vou fazer? Quantas vezes (Dias/ semana); Quando/Onde/Como	Obstáculos	Para superar os obstáculos (Quem e o quê)

Fonte: Brasil, 2021c.

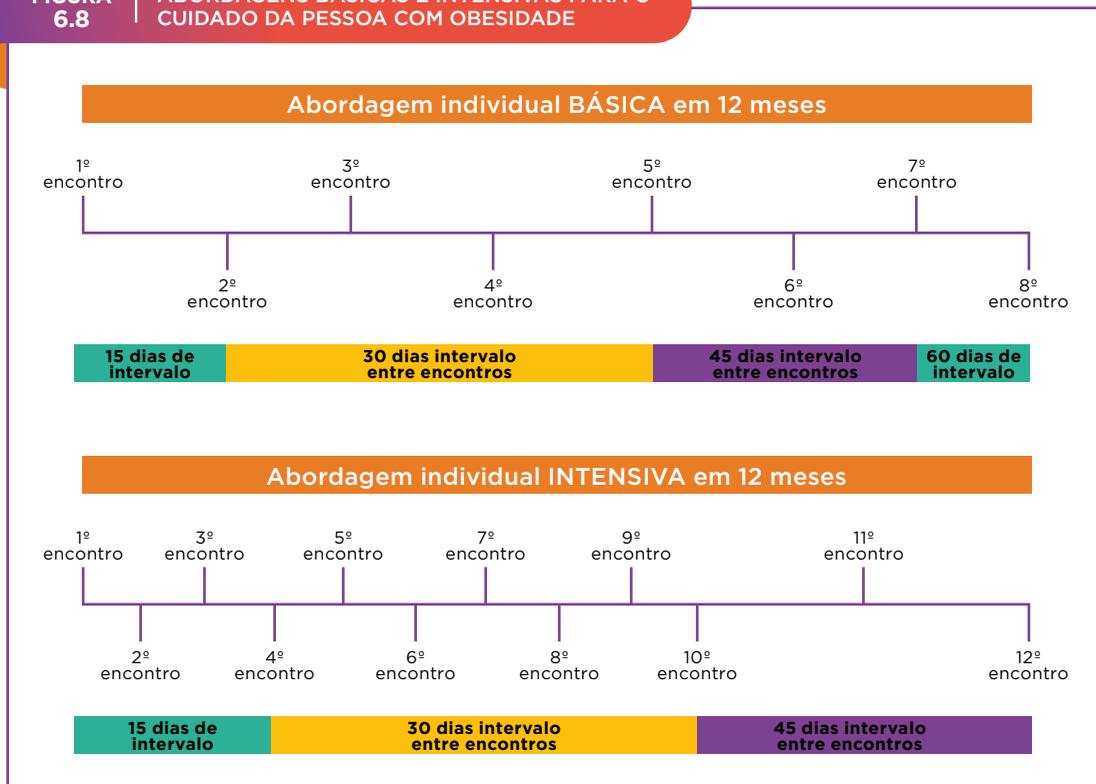
6.4 Abordagem Individual Básica e Intensiva no cuidado da pessoa com obesidade

Para traçar o cuidado individual da pessoa com obesidade, além de considerar as especificidades do/a usuário/a (ex.: determinantes sociais da obesidade, como percebe a doença e se sente, estágio de mudança, suporte sociofamiliar, IMC, etc.), é necessário atentar para a estrutura do serviço de saúde (ex.: profissionais, agendas, etc.). Considerando estes dois aspectos, propomos duas formas de abordagem individual:

1. Abordagem Básica - Casos menos complexos e/ou com maior suporte social;
2. Abordagem Intensiva - Casos mais complexos e/ou com menor suporte social.

Veja na **Figura 6.8** uma proposta para as Abordagens Básica e Intensiva, com duração de 12 meses. Sugere-se que o contato do/a usuário/a com a equipe de saúde, incluindo os atendimentos coletivos e individuais, seja regressivo, espaçando progressivamente os encontros para 15, 30 e 45 dias, até alcançar 60 dias. Aumentar gradativamente o intervalo entre os encontros é útil para fomentar a responsabilidade no autocuidado, e favorecer a autonomia e segurança na alta (Menezes *et al.*, 2020). Entretanto, é importante que ele/a não fique mais de 45 dias sem ir à unidade para participar de algum atendimento (coletivo ou individual); e, independente da abordagem, manter a longitudinalidade do cuidado e monitorar as ações e os resultados.

FIGURA 6.8 | ABORDAGENS BÁSICAS E INTENSIVAS PARA O CUIDADO DA PESSOA COM OBESIDADE



Fonte: adaptado de Brasil, 2015.

**QUADRO 6.4** | TIPOS DE ABORDAGEM INDIVIDUAL SEGUNDO CARACTERÍSTICAS E PERFIL DOS/AS USUÁRIOS/AS

Tipo de abordagem	Tempo de consulta	Frequência de contato (em 12 meses)	Indicação da abordagem	
			Complexidade da condição	Autocuidado suficiente e suporte social
Básica	Curta: 20min	<ul style="list-style-type: none">- 1º e 2º encontros: quinzenal- 3º a 5º encontros: mensal- 6º a 7º encontros: 45 em 45 dias- 8º encontro: 60 dias	<ul style="list-style-type: none">- Usuários/as com IMC < 40 Kg/m², sem comorbidades- Usuários/as com 1 ano ou mais de cirurgia bariátrica- Usuários/as com mais de 2 anos em Abordagem Intensiva	Pelo menos um dos itens presente
Intensiva	Longa: 30 a 40min	<ul style="list-style-type: none">- 1º e 5º encontros: quinzenal- 6º a 12º encontros: mensal- 13º e 14º encontros: 45 em 45 dias	<ul style="list-style-type: none">- IMC ≥ 40 Kg/m²- IMC ≥ 35 Kg/m² e comorbidades- Primeiro ano após cirurgia bariátrica- Presença de TCAP	Ambos ausentes

Fonte: Adaptado de Brasil, 2015.

Nota: IMC = Índice de Massa Corporal; TCAP: Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica. Tipo de abordagem definido segundo a complexidade da obesidade e comorbidades, e da avaliação do autocuidado e/ou suporte sociofamiliar; no entanto, o primeiro item prevalece sobre o segundo para definição do tipo de abordagem.

Na Abordagem Básica, sugerem-se 8 atendimentos individuais com a equipe, com espaçamento menor (15 dias) nos 2 primeiros encontros, e aumento progressivo do intervalo de tempo (**Figura 6.8**). Já na Abordagem Intensiva, sugerem-se 12 atendimentos individuais com a equipe, com espaçamento menor nos primeiros 4 encontros, com progressão do intervalo de tempo (**Figura 6.8**). Se possível, os atendimentos individuais devem ser alternados com atividades coletivas, conforme o Plano de Cuidado. Caso o/a usuário/a seja assíduo/a no grupo, o número de atendimentos individuais pode ser reduzido. Essa frequência de atendimentos individuais pode também variar conforme presença de comorbidades, realização de cirurgia bariátrica, autocuidado realizado, suporte social, etc. Lembrando que essa é apenas uma proposta de organização do cuidado, que deve ser adaptada conforme a realidade local e as demandas do/a usuário/a. Além disso, o tempo proposto para cada consulta de atendimento é uma sugestão e deve ser organizado com conforme a agenda do profissional na unidade.

Quanto à evolução das abordagens, é proposto o intervalo de 12 meses para a evolução da Abordagem Intensiva para a Básica, caso haja sucesso no tratamento. Entretanto, é possível que ocorra mudanças nesse prazo, dependendo da evolução positiva ou negativa do tratamento.

Questões como quais categorias profissionais participarão do Plano de Cuidado e quando se encontrarão com o/a usuário/a devem ser previamente definidas em reuniões

interdisciplinares. Recomenda-se, se possível, o envolvimento, pelo menos, do/a enfermeiro/a, médico/a, nutricionista, profissional de Educação Física e psicólogo/a. No entanto, deve ser definido um/a profissional de referência para acompanhar e auxiliar o/a usuário/a em suas dúvidas, monitorar a assiduidade nos encontros e o Plano de Cuidado, e garantir o vínculo. Esse/a profissional pode também atuar como articulador/a nos pontos de atenção para garantir o cuidado integral em rede.

As Abordagens Básica e Intensiva podem se beneficiar da inclusão de atividades de telemonitoramento por reforçar os temas trabalhados nas consultas e contribuir para a adesão. O monitoramento por ligações telefônicas; SMS (**Short Message Service**); e outras tecnologias, como sites da internet, contatos por e-mail, sistemas de telessaúde e tele-educação; facilita o acesso dos/as usuários/as ao cuidado integral em diferentes ambientes (Castelnuovo, 2011) e conecta profissionais e usuários/as (Nascimento *et al.*, 2020). No entanto, não substituem os encontros presenciais (Beleigoli *et al.*, 2019; Gusmão *et al.*, 2019).

Na abordagem individual para o manejo da obesidade propõe-se o telemonitoramento como estratégia para reforçar o vínculo do/a usuário/a com a equipe, reduzir faltas nas consultas e solucionar dúvidas do tratamento. Dessa forma, espera-se que ele/a se sinta mais apoiado/a e seguro/a para o autocuidado. Sugere-se que o telemonitoramento seja introduzido no Plano de Cuidado a partir do segundo mês de acompanhamento, não sendo necessária manter frequência regular, mas, devendo sempre priorizar realizá-lo nos intervalos mais longos entre as consultas.

6.5 Orientações para o cuidado da pessoa com obesidade

Como visto no **Capítulo 4**, o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Sobrepeso e Obesidade em Adultos (Brasil, 2020a) propõe como estratégias efetivas para o cuidado da pessoa com obesidade o aconselhamento nutricional, a prática de atividade física e a abordagem de comportamento. A seguir, apresentamos sugestões de como colocar em prática esses aspectos durante as consultas.

6.5.1 Aconselhamento nutricional

O aconselhamento nutricional individual deve ser personalizado e baseado em evidências científicas, evitando propor mudanças bruscas, como dietas muito restritivas ou distantes da cultura alimentar, por produzirem resultados frágeis e pouco sustentáveis (Clifton *et al.*, 2014). Deve ser realizado de forma longitudinal e construído a partir da escuta do/a usuário/a, incentivo ao seu protagonismo e apoio ao autocuidado (Rodrigues *et al.*, 2005) (**Capítulo 2**). Para isso, é importante dialogar sobre quais mudanças são válidas para ele/a: identificar sua confiança, benefícios e obstáculos para mudar; avaliar as metas e estratégias adotadas, e se necessário, rever. Além disso, é primordial enfatizar que o alcance de pequenas metas gera benefícios à saúde e aumenta a confiança para novas mudanças (Cavalcanti; Oliveira, 2012).

As estratégias nutricionais propostas devem subsidiar o/a usuário/a a alcançar as metas pactuadas no Plano de Ação. O/A nutricionista pode também propor um Plano



Alimentar individualizado (atividade privativa) (Brasil, 1991). Entretanto, o Plano Alimentar não deve ser a única estratégia e nem a preferencial, sendo importante a participação e a contribuição das diferentes categorias profissionais na realização e no apoio ao aconselhamento nutricional.

No aconselhamento, os/as profissionais de saúde devem estar atentos para evitar posturas gordofóbicas, culpabilizadoras e estigmatizantes (Paim; Kovaleski, 2020). Ouvi-lo/a sobre possíveis experiências e situações de estigmatização e preconceito contribui para a construção de uma relação de confiança e compromisso com o/a profissional de saúde (Russel; Carryer, 2013; Merrill; Grassley, 2008). Essas informações são úteis para pensar se a obesidade, além de trazer possíveis problemas de saúde, trouxe também outros problemas, como angústia decorrente de preconceito/discriminação. Se a angústia é acentuada ou o/a profissional de saúde considera o quadro relevante, o/a usuário/a deve ser encaminhado ou orientado/a a procurar atendimento psicológico. Essa informação também deve ser registrada no prontuário do/a usuário/a. O registro é importante tanto por proteger a/o profissional de ser culpado por omissão, quanto por propiciar novas possibilidades de abordagem do/a usuário/a.

Profissionais de saúde podem ter dúvidas para realizar o aconselhamento nutricional. O acesso às informações sobre alimentação e nutrição é cada vez mais veloz (Brasil, 2014c). Nesse sentido, é necessário buscar informações confiáveis e baseadas em evidências científicas, e acionar o apoio técnico-pedagógico do/a nutricionista, sempre que necessário (Brasil, 2016, 2017). Orientações nutricionais sem evidências científicas, muito restritivas e deslocadas da realidade do/a usuário/a tendem a expô-lo a situações desnecessárias, possivelmente causadoras do comer transtornado, podendo afastá-lo do autocuidado e reforçar o sofrimento associado ao estigma e ao preconceito (Brasil, 2016, 2017; Alberga *et al.*, 2019).

Frases como: **“você deve retirar todo açúcar”**, **“você deve cortar doces, carboidratos, gorduras e se exercitar diariamente”**, **“você precisa perder 20kg para chegar no seu peso ideal”** são autoritárias e podem ser distantes da realidade do/a usuário/a, reduzindo sua motivação e confiança para mudar, principalmente por reforçarem ideias irrealistas de saúde. Veja no **Quadro 6.5** exemplos de abordagens que podem ser utilizadas no aconselhamento nutricional.

QUADRO 6.5 | EXEMPLOS DE ABORDAGENS PARA O ACONSELHAMENTO NUTRICIONAL

Situações	Não falar 	Sugestão 
Profissional verifica que o/a usuário/a está 30 kg acima do peso máximo recomendado	<i>Você precisa/deve perder 30 kg.</i>	<i>Seria importante para a sua saúde, trabalharmos a redução do peso. O que você acha disto? Isso é importante para você? A ideia é construirmos, juntos/as, um Plano de Cuidado pensando não só na redução do peso, mas também na sua saúde. Além disto, gostaria de reforçar com você que a redução de peso será planejada para ser gradual, como consequência das mudanças que você for realizando.</i>
Usuário/a relata consumo excessivo de doces e alimentos ultraprocessados	<i>Você deve cortar todos os doces e alimentos ultraprocessados da alimentação.</i>	<i>Você consome muitos doces e alimentos ultraprocessados, com alto teor de açúcar, gordura e sal. Já observou isto? O que você acha disto? Faz sentido para você substituir, em algumas refeições, o doce e alimentos ultraprocessados, como as barras de cereais e biscoitos, por alimentos mais naturais, como frutas, leites e derivados? Podemos planejar isto se você achar que vale a pena.</i>
Usuário/a relata consumo de grandes volumes de alimentos nas refeições, e sua realização em horários irregulares	<i>Você deve fazer 3 refeições ao dia, sempre no mesmo horário!</i>	<i>Pelo que você relatou é possível observar que você não tem uma regularidade par realizar as refeições. Você já observou isto? Como é para você isto? Você acha possível definir horários para você realiza as refeições principais, como café da manhã, almoço e jantar? Comer com regularidade ajuda a evitar o consumo de grande volume de alimentos de uma vez só. Se você achar necessário podemos também definir horários para pequenos lanches. O que você acha? Podemos experimentar?</i>

Fonte: elaborado pelas autoras.

É importante também definir o que será abordado no aconselhamento nutricional. Veja na **Figura 6.9** temas propostos segundo as recomendações do PCDT de Sobrepeso e Obesidade em Adultos (Brasil, 2020a) e do Guia Alimentar para a População Brasileira (Brasil, 2014c).

**FIGURA 6.9** | TEMAS PROPOSTOS PARA O ACONSELHAMENTO NUTRICIONAL DE PESSOAS COM OBESIDADE

QUALIDADE DOS ALIMENTOS	QUANTIDADE DOS ALIMENTOS	MODOS DE COMER
<ul style="list-style-type: none">• Ter uma alimentação baseada em alimentos 'in natura' ou minimamente processados, e preparações culinárias com esses alimentos e reduzidas quantidades de ingredientes culinários processados (sal, açúcar, óleos e gorduras)• Consumir cereais (arroz, aveia, milho, trigo, etc.), preferencialmente, na versão integral• Incluir frutas frescas ou secas, leite e iogurte natural (não adoçado, não aromatizado) como opções de lanches, se realizar essa refeição• Substituir bebidas açucaradas, como refrigerantes, sucos adoçados e refrescos em pó, por água pura ou saborizada com frutas frescas ou ervas (hortelã, limão, laranja, etc)• Evitar o consumo de alimentos ultraprocessados• Evitar substituir a refeição do almoço e do jantar por lanches (sanduíches, salgados, pizzas e cachorro quente)• Buscar, sempre que possível, comprar alimentos em feiras livres ou direto do produtor, ou mesmo cultivá-los.	<ul style="list-style-type: none">• Reduzir o consumo de alimentos ultraprocessados, substituindo por alimentos 'in natura' e minimamente processados• Aumentar o consumo de verduras e legumes crus, cozidos ou refogados nas refeições principais• Aumentar o consumo de frutas frescas ou secas sem adição de açúcar ao longo do dia• Limitar o consumo de carnes vermelhas, priorizando cortes magros (alcatra, músculo, coxão duro e patinho) e preparações assadas, cozidas ou grelhadas• Usar a menor quantidade possível de óleos, gorduras e sal, preferindo temperos naturais (alho, cebola, louro, salsinha, etc.)• Reduzir o consumo de açúcar nas bebidas (café, sucos, chás e leite) e nas preparações culinárias (bolos, biscoitos, etc.)• Usar pequenas quantidades de alimentos processados, como parte de refeições baseadas em alimentos 'in natura' ou minimamente processados• Consumir queijos processados (minas, muçarela, etc.) em pequenas quantidades e evitar os ultraprocessados ('cheddar', requeijão cremoso, etc).	<ul style="list-style-type: none">• Realizar, no mínimo, três refeições por dia, sempre que possível• Fazer as refeições nos mesmos horários e com atenção• Comer em locais agradáveis e tranquilos, sempre que possível• Realizar as refeições em companhia, sempre que possível• Planejar a compra e o preparo dos alimentos para ter uma alimentação baseada em alimentos 'in natura' ou minimamente processados, e preparações culinárias• Compartilhar as atividades de preparo das refeições e de limpeza com todos/as da casa

Fonte: elaborado pelos autores

6.5.2 Aconselhamento para prática de atividade física

Intervenções breves que aconselham, indicam ou apoiam a realização da prática de atividade física podem contribuir para aumentar os níveis de prática; entretanto, sua manutenção por longos períodos de tempo pode ser um desafio. Obstáculos, como a falta de tempo, local de prática, ausência de acolhimento profissional e falta de companhia, podem ser superados com o apoio dos profissionais de saúde, mas, para isso, é crucial que o aconselhamento seja adequado ao contexto e preferências dos/das usuários/as (Lee *et al.*, 2012).

Pessoas com condições crônicas, como a obesidade, devem iniciar fazendo pequenas quantidades de atividade física e aumentar gradualmente a frequência, intensidade e duração (OMS, 2020). Para o aconselhamento da prática de atividade física, o/a profissional deve considerar as condições de saúde do/a usuário/a, como, por exemplo, se sente dor no peito, tontura, falta de ar ou qualquer outro desconforto quando realiza atividades físicas no dia-a-dia. Nesse sentido, o/a usuário/a pode requerer ou mesmo se beneficiar da avalia-

ção do/a médico/a ou do/a profissional de Educação Física antes de iniciar um programa regular de atividade física, principalmente se for de intensidade vigorosa (OMS, 2020).

Usuários/as com obesidade também podem apresentar restrições para prática de atividade física devido às limitações estruturais e funcionais do corpo, que restrinjam o controle do movimento e a locomoção (Jiménez *et al.*, 2017). Nestes casos, é importante aconselhar atividades físicas adaptadas, e verificar a necessidade de atendimento domiciliar para identificar novas formas de cuidado e adaptações necessárias (Rocha *et al.*, 2017).

Recomenda-se a realização da prática de atividade física em ambientes comunitários (ex.: Programa Academia da Saúde, Centro de saúde, praças, parques, ciclovias, etc.), com apoio familiar e automonitorada. O automonitoramento pode ser realizado em um diário da prática de atividades físicas (**Figura 6.10**) (Lion *et al.*, 2019; Wattanapisit *et al.*, 2018; Auyoung *et al.*, 2016), a ser discutido e valorizado pelos/as profissionais. Recomenda-se também que, se viável, sejam incluídas no Plano de Ação metas relativas à prática de atividade física (Shuval, 2017).

FIGURA 6.10 | DIÁRIO DA PRÁTICA DE ATIVIDADE/EXERCÍCIO FÍSICO

MÊS: _____

INDICAR NO CALENDÁRIO OS DIAS QUE REALIZOU ATIVIDADE/EXERCÍCIO FÍSICO

DOMINGO	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

Fonte: elaborada pelas autoras.

6.5.3 Abordagem do comportamento

Os aspectos relativos ao comportamento importantes para o manejo da obesidade, segundo o PCDT, foram: automonitoramento e suporte psicológico.

O automonitoramento pode ser focado no peso corporal (Brasil, 2020a), na alimentação e na prática de atividade/exercício físico, etc. (Menezes *et al.*, 2020). Para realizar o automonitoramento do peso pode ser utilizado um cartão simples (**Figura 6.11**) (Brasil, 2021c) ou aplicativos para celulares disponíveis gratuitamente para aparelhos Android e iPhone (iOS). Esses aplicativos oferecem registro sistematizado do peso, com opções de alertas, objetivos e projeção, além de ferramentas gráficas para acompanhar a evolução de forma simples e didática.



Sugere-se que o automonitoramento do peso seja introduzido no primeiro ou segundo atendimento, conforme especificidades do/a usuário/a, e os resultados discutidos nas consultas. É importante esclarecer que a mudança de peso ocorre ao longo de meses, e que pesar todos os dias pode aumentar a ansiedade e não refletir resultados reais, podendo afetar negativamente a confiança e a disposição para mudar.

FIGURA 6.11 | CARTÃO DE AUTOMONITORAMENTO DO PESO CORPORAL

FRENTE:

Cartão de automonitoramento do peso

Grupo: (nome escolhido para o grupo)

Nome:

Como me sinto? (palavra, figura ou desenho)

Data do encontro _ / _ / _	Datas dos encontros _ / _ / _
Data do encontro _ / _ / _	Datas dos encontros _ / _ / _

VERSO

Cartão de automonitoramento do peso

Idade (em anos): Altura (m):

Datas dos encontros	Peso (Kg)	IMC (peso/altura x altura (kg/m ²))
_ / _ / _	<input type="text"/>	<input type="text"/>
_ / _ / _	<input type="text"/>	<input type="text"/>
_ / _ / _	<input type="text"/>	<input type="text"/>
_ / _ / _	<input type="text"/>	<input type="text"/>
_ / _ / _	<input type="text"/>	<input type="text"/>
_ / _ / _	<input type="text"/>	<input type="text"/>
_ / _ / _	<input type="text"/>	<input type="text"/>
_ / _ / _	<input type="text"/>	<input type="text"/>
_ / _ / _	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Fonte: Brasil, 2021c.

A frequência do automonitoramento do peso deve ser definida em conjunto com o/a usuário/a conforme suas características, facilidade de pesar e evolução no tratamento. É também importante orientá-lo/la sobre como pesar (**Box 6.1**) visando obter medidas fidedignas.

**BOX
6.1**

**ORIENTAÇÕES PARA O AUTOMONITORAMENTO
DO PESO CORPORAL**

- Sempre pesar na mesma balança, pois pode ocorrer variação nos equipamentos
- Verificar se a balança está em piso nivelado (reto) e se está no zero
- Pesar com roupas leves e sem sapato
- Não movimentar enquanto estiver na balança, pois o movimento interfere no resultado

Deve-se sempre enfatizar que, apesar da mudança do peso ser importante, é crucial valorizar outras mudanças, como na alimentação, na prática de atividade física, bem-estar, etc. A **Figura 6.12** propõe um instrumento para automonitoramento da adesão ao planejamento da alimentação e da prática de atividade/exercício físico, e confiança para o autocuidado, visando auxiliar o/a usuário/a a identificar ganhos e perdas, e motivar o seu envolvimento no tratamento.

O suporte psicológico, por sua vez, auxilia na promoção do autocuidado, contribui para o sucesso e adesão ao tratamento e para a prevenção do ganho de peso. Ele se torna ainda mais importante quando o/a usuário/a vivencia questões psicológicas ou psiquiátricas que interferem em seu tratamento (Brasil, 2020a). Entretanto, nem sempre o/a psicólogo/a está presente na equipe. Nessa situação, é importante acionar a Rede de Atenção à Saúde, incluindo a Rede de Atenção Psicossocial, e equipes de apoio multidisciplinar e de Matriciamento em Saúde Mental.

A equipe de saúde deve apoiar o/a usuário/a para a escolha da modalidade de atendimento psicológico, se individual e/ou em grupo, respeitando sua singularidade (Brasil, 2020a). Intervenções psicoterápicas podem ser úteis para aumentar a autoaceitação do/a usuário/a com o seu corpo; ajudá-lo/la em questões emocionais, psicológicas, preconceito e pressão social relacionado ao peso; assim como auxiliar quando há transtorno alimentar associado. Além disso, pode atuar como suporte para abordar a discriminação e alterar estereótipos culturais prejudiciais (Devlin *et al.*, 2000). Frequentemente, a maior autoaceitação de si e o aumento da autoestima são etapas prévias importantes para a adoção de novos comportamentos, e/ou mesmo para aceitar os desafios de iniciar o tratamento da obesidade.

O suporte psicológico pode ser importante para boa parte dos/as usuários com obesidade, uma vez que, a maioria, mesmo após o tratamento bem-sucedido, permanece com peso acima do desejado. Ao estabelecer as metas no Plano de Ação, a equipe deve ajudá-lo/a a identificar qual é seu peso alvo e compreender que os ganhos vão além dos números e classificações.

A Entrevista Motivacional (EM) e a Terapia Cognitivo-comportamental (TCC) são sugeridas no PCDT para o suporte psicológico da pessoa com obesidade (Brasil, 2020a). Na EM, o/a profissional deve promover a autoeficácia do/a usuário/a para a mudança de comportamentos relativos à redução do peso, auxiliando-o a superar a ambivalência (Bahls; Navolar, 2004). Já na TCC, o trabalho terapêutico é focado nos fatores cognitivos relativos à etiologia e manutenção do problema, e para favorecer a compreensão do/a usuário/a sobre as condições que influenciam o seu comportamento, possibilitando construir estratégias para superação. Para isso, foca nos problemas identificados pelo/a usuário/a de forma a auxiliá-lo/la a construir novas estratégias para atuar no ambiente e promover mudanças (ver **Capítulo 2**) (Bahls; Navolar, 2004).

6.6 Organização da abordagem individual da pessoa com obesidade

Como visto, são diversas as atividades possíveis de serem desenvolvidas na abordagem individual da pessoa com obesidade. Propomos no **Quadro 6.6**, um esquema de organização para APS e na AE, a ser adaptado conforme a realidade local e as demandas do/a usuário/a.



QUADRO 6.6 | SUGESTÃO PARA O PLANEJAMENTO DA ABORDAGEM INDIVIDUAL DA PESSOA COM OBESIDADE SEGUNDO MOMENTO DE REALIZAÇÃO, AÇÃO DE CUIDADO E PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS

Momento	Ação	Profissionais
Busca ativa de usuários/as com obesidade	<ul style="list-style-type: none"> Levantar casos: consultas, nos domicílios e sistemas de informação Aplicar Estratificação de Grupos para Manejo da Obesidade (Capítulo 5) Registrar em sistemas de informação 	<ul style="list-style-type: none"> APS: eSF e eAP AE: profissional de referência e demais
Matriciamento e/ou Reuniões de equipe	<p>Discutir casos e construir Plano de Cuidado:</p> <ul style="list-style-type: none"> Propor ações de cuidado segundo as necessidades do/a usuário/a Propor abordagem coletiva e/ou individual Propor tipo de abordagem individual: Básica ou Intensiva Planejar atendimentos da equipe segundo a abordagem individual Registrar e monitorar em sistemas de informação 	<ul style="list-style-type: none"> APS: eSF e eAP e equipes interdisciplinares (ex.: equipe multiprofissional, equipe de Saúde Bucal) AE: profissionais do serviço e de outros pontos da Rede de Atenção à Saúde
Primeira consulta	<ul style="list-style-type: none"> Explicar acompanhamento e proposta de tratamento Realizar avaliação abrangente (Capítulo 5) Discutir com o/a usuário/a Plano de Cuidado construído em equipe Pactuar Plano de Cuidado Registrar e monitorar em sistemas de informação 	<ul style="list-style-type: none"> APS: médico/a, enfermeiro/a e/ou nutricionista AE: endocrinologista, enfermeiro/a e/ou nutricionista
Consultas iniciais	<ul style="list-style-type: none"> Alinhar intervenções com estágio de mudança e avaliação abrangente Construir Plano de Ação, se factível incluir meta de redução do peso (5-10%) Realizar aconselhamento nutricional e para prática de atividade física Iniciar automonitoramento, acompanhar e discutir os resultados com usuário/a Ações de cuidado segundo as necessidades do/a usuário/a Fazer telemonitoramento no intervalo das consultas (ex.: cartão postal, ligação telefônica, visita ACS, mensagem no celular, etc.) Monitorar resultados: avaliar metas e mudanças, e obstáculos superados Registrar e monitorar em sistemas de informação 	<ul style="list-style-type: none"> APS: intercalar médico/a, enfermeiro/a e demais profissionais AE: intercalar profissionais Telemonitoramento: responsáveis pelo cuidado, ACS, técnicos/as de Enfermagem e profissionais de apoio
Consultas intermediárias	<ul style="list-style-type: none"> Reavaliar estágio de mudança e grau de autoeficácia Monitorar resultados: avaliar metas e mudanças, e obstáculos superados Avaliar Plano de Ação e incluir novas metas, se pertinente Reavaliar continuidade da abordagem Básica ou Intensiva Realizar aconselhamento nutricional, para prática de atividade física e autocuidado Verificar interesse em prosseguir com o acompanhamento individual Discutir o caso na equipe interdisciplinar e, se necessário, encaminhar para outra categoria profissional ou nível de atenção Registrar e monitorar em sistemas de informação 	<ul style="list-style-type: none"> APS: médico/a ou enfermeiro/a AE: endocrinologista ou nutricionista

Consultas subsequentes	<ul style="list-style-type: none"> • Alinhar intervenções conforme estágio de mudança atual • Realizar aconselhamento nutricional e para prática de atividade física • Acompanhar e discutir resultados do automonitoramento • Avaliar Plano de Ação e incluir novas metas, se pertinente • Realizar telemonitoramento no intervalo entre as consultas (ex.: ligações, cartões postais, visitas dos ACS, mensagens por celular, etc.) • Registrar e monitorar em sistemas de informação 	<ul style="list-style-type: none"> • APS: intercalar médico/a, enfermeiro/a e, se necessário e possível, nutricionista, psicólogo/a e profissional de Educação Física • AE: intercalar profissionais • Telemonitoramento: ACS, responsáveis pelo cuidado, técnicos/as de Enfermagem e profissionais de apoio
Alta (última consulta)	<p>Após 12 meses, avaliar Plano de Cuidado, incluindo redução do peso</p> <ul style="list-style-type: none"> - APS: <ul style="list-style-type: none"> • Se sim: encaminhar para grupo para manutenção dos resultados (Grupo Terapêutico 3) e/ou monitoramento semestral • Se não: construir novo Plano de Cuidado para mais 12 meses ajustado pela avaliação do primeiro Plano - AE: <ul style="list-style-type: none"> • Se sim: encaminhar para APS e/ou serviço de cirurgia bariátrica • Se não: construir novo Plano de Cuidado para mais 12 meses ajustado pela avaliação do primeiro Plano <p>- Registrar e monitorar em sistemas de informação</p>	<ul style="list-style-type: none"> • APS: enfermeiro/a e médico/a • AE: endocrinologista ou nutricionista

Fonte: elaborado pelas autoras.

Nota: APS: Atenção Primária à Saúde; AE: Atenção Especializada; eSF: Equipe de Saúde da Família; eAP: Equipe de Atenção Primária; ACS: Agente Comunitário de Saúde.

Como visto, é complexo e heterogêneo o cuidado da pessoa com obesidade, requerendo individualização e suporte de longo prazo. Ademais, é crucial que a equipe aborde o/a usuário/a de maneira humanizada e evite a estigmatização. Para auxiliar neste processo, sugere-se a técnica dos 5A's (**ask, assess, advise, agree, assist**; em português: abordar, avaliar, aconselhar, acordar, ajudar) (Sharma, 2012). Esta é uma ferramenta útil à abordagem individual, seja ela Básica ou Intensiva, sendo seus princípios aplicados ao manejo da obesidade os seguintes:

1. A obesidade é uma condição crônica e frequentemente progressiva;
2. Controlar a obesidade não é simplesmente reduzir os números na balança;
3. Intervenção eficaz significa abordar as causas raízes e remover obstáculos;
4. Sucesso é diferente para cada pessoa;
5. O peso 'ideal' nem sempre é o melhor peso para o/a usuário/a.

Veja no **Quadro 6.7** as etapas do 5As voltadas para o gerenciamento do peso e outros problemas de saúde, e como proceder a abordagem do/a usuário/a considerando a técnica.



QUADRO 6.7 COMO UTILIZAR A FERRAMENTA DO 5AS NO CUIDADO DA PESSOA COM OBESIDADE

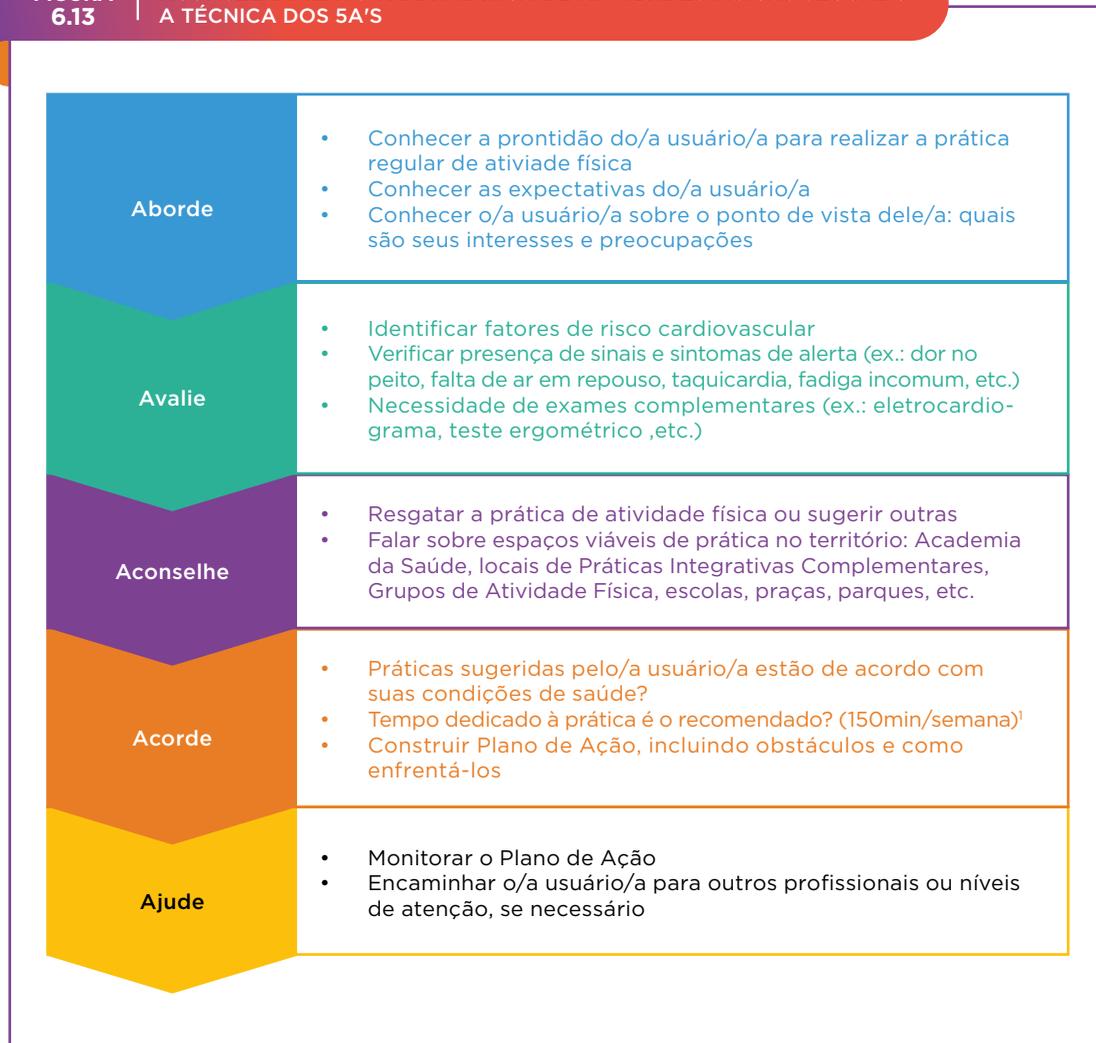
Etapas	Como fazer	Como abordar*
ASK = ABORDE	<ul style="list-style-type: none"> • Pedir permissão para discutir o peso e explorar a prontidão para mudanças • Lembrar que o peso é um assunto delicado e nem todos estão dispostos a iniciar o tratamento da obesidade 	<p>1) Se apresentar ao/a usuário/a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se apresentar usando sempre o nome do/a usuário/a nas falas • Procurar conhecer o/a usuário/a sob o ponto de vista dele: <i>Em poucas palavras, como você se descreve? Quais são seus principais interesses, preocupações e relacionamentos?</i> • Caso o/a usuário/a já seja conhecido/a no serviço, você pode perguntar sobre mudanças que ocorreram na vida dele/a: <i>Quais as novidades desde a última consulta? O que você conta sobre os seus últimos planos?</i> <p>2) Iniciar a abordagem do peso</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para introduzir a discussão sobre o peso, você pode perguntar sobre as expectativas com a consulta: <i>O que te trouxe até aqui? Quais são suas necessidades hoje? O que você espera com esta consulta?</i> • Se as expectativas do/a usuário/a com a consulta não estiverem relacionadas ao peso, apresentar a proposta para conversar sobre a obesidade, procurando entender seu ponto de vista: <i>Como você se sente em relação ao seu peso? Como ele está afetando a sua vida, saúde e relacionamentos? Como você gostaria que as coisas fossem? Sofreu preconceito por causa do seu peso?</i> • Alguns/mas usuários/as podem não querer falar sobre peso. Neste caso, você pode verificar a possibilidade de abordar o assunto em consultas futuras <p>Obs.: usar expressões como: <i>Você poderia falar mais sobre isso</i>, podem motivar usuários/as mais resistentes a conversar sobre seu peso e a obesidade</p>
ASSESS = AVALIE	<p>Para investigar os riscos relativos à obesidade, suas “causas”, complicações e obstáculos para o tratamento devem ser usados instrumentos adequados. Veja no Capítulo 5 sugestões que irão auxiliar na avaliação abrangente do/a usuário/a, e no monitoramento dos resultados</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Após introduzir a discussão sobre o peso e suas repercussões, você pode seguir com a avaliação abrangente (Capítulo 5), procurando conversar sobre “causas”, complicações e riscos da obesidade: <i>Quando você começou a ganhar peso? O que você acha que pode ter levado ao ganho de peso? Quais são as consequências da não redução do seu peso? O quanto isso tem te preocupado?</i> • Algumas pessoas podem necessitar de mais estímulos: <i>Posso citar alguns aspectos, mas o seu ponto de vista é mais preciso e pode ajudar a compreender melhor a situação. Quais são os comportamentos ou situações do seu dia-a-dia que você acredita que têm contribuído com a obesidade? Como a obesidade afeta a sua vida? Se sentiu discriminado/a pelo seu peso?</i> • A seguir, você pode avaliar as emoções associadas à obesidade: <i>Como você se sente com obesidade? Quais são as emoções relacionadas ao seu peso?</i> • Acolha o/a usuário/a com mais dificuldades para conversar sobre suas emoções: <i>Pergunto sobre emoções porque estou buscando construir uma visão ampliada para o seu cuidado, pois sentimentos influenciam na nossa saúde física e na nossa vida. Vou entender se não quiser falar.</i> <p>Obs.: expressões neutras e encorajadores, verbais e não verbais, podem estimular respostas. Ex.: olhar nos olhos do/a usuário/a; evitar reações negativas e julgamentos; e demonstrar compreensão: <i>Uhum, sim, entendo, parece que te incomoda.</i></p>

<p>ADVISE = ACONSELHE</p>	<p>Falar sobre riscos para saúde, opções de tratamento (abordagem individual e/ou coletiva, aconselhamento nutricional e para atividade física) e terapias adjuvantes (psicológicas e comportamentais, farmacológicas e cirúrgicas)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar experiências anteriores com redução do peso antes de falar sobre as opções de tratamento: <i>O que você já tentou fazer antes para reduzir o seu peso? Por que não deu certo? Quais sentimentos te fazem lembrar essas experiências?</i> • Tentativas de redução de peso sem sucesso podem desmotivar e reduzir a confiança. Você pode identificar erros nesse processo, mas deve sempre priorizar e valorizar os ganhos: <i>Posso imaginar os desafios. Mas, você também lidou bem com as dificuldades (exemplificar).</i> • Valorizar toda a conversa: <i>Você trouxe aspectos muito importantes. Nem todas as pessoas conseguem compartilhar experiências que não foram positivas.</i> • Conversar sobre a necessidade de mudança de comportamento, discutindo as possibilidades de tratamento ofertadas na Unidade de Saúde dentro daquilo que ele/a considera possível: <i>O que você pensa que pode ser feito para redução do seu peso? Como seria um processo viável para redução do seu peso? Na unidade dispomos...</i> <p>Obs.: expressões como: <i>Não entendi. Poderia repetir?</i>, podem contribuir para enriquecer as respostas e ampliar possibilidades</p>
<p>AGREE = ACORDE</p>	<p>Acordar Plano de Ação com o/a usuário/a, incluindo objetivos, resultados esperados e metas do tratamento</p> <p>Não se esqueça de valorizar o potencial das intervenções para a saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Antes de propor o Plano de Ação é importante fazer um resumo sobre a avaliação abrangente, indicando potenciais “causas” e consequências da obesidade, obstáculos e oportunidades para mudar comportamentos: <i>Conversamos sobre os impactos da obesidade. Vimos os riscos de não mudar. E parece que a situação te incomoda. O que você gostaria de mudar? Quais são os aspectos que você acha que, neste momento, podem ser modificados?</i> • Ao acordar o Plano de Ação, discutir alterações e pactuar as metas: <i>Como você vê esta proposta? O que poderia não funcionar neste Plano?</i> • É importante valorizar a motivação e a confiança do/a usuário/a para mudar, sempre o/a envolvendo nesta construção: <i>Como você quer se planejar para atingir seus objetivos? Como manter a mudança, caso encontre dificuldades no caminho?</i> <p>Obs.: questionamentos como: <i>O que pensou de diferente?</i> podem contribuir para explorar um pouco mais o planejamento para mudança</p>
<p>ASSIST = AJUDE</p>	<p>Reavaliação e Acompanhamento contínuos são essenciais para ajustar o Plano de Ação</p> <p>Profissional deverá acionar a rede de saúde para o adequado atendimento do/a usuário/a, sempre que necessário</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Durante o cuidado, avaliar o processo: <i>Como você tem se sentido no dia-a-dia com o Plano de Ação? Quais mudanças você percebeu? Como você percebeu estas mudanças? Quais são as principais dificuldades que você tem vivenciado para colocar em prática as metas do Plano de Ação?</i> • Valorizar as conquistas e motivar a construção de novas metas: <i>Você tem se saído muito bem. Alcançou as metas da última consulta. O que acha de pensarmos em novas metas para incluir no Plano de Ação? O quanto isso é importante para você?</i> • Tranquilizar o/a usuário/a frente às dificuldades: <i>Quais são as situações que têm sido mais desafiadoras para você? Como tem sido o apoio para redução do seu peso? Quem tem te apoiado?</i> • Relembrar o apoio da equipe no processo e acordar mudanças no Plano de Ação: <i>A equipe estará junto com você. Vamos te apoiar para alcançar as metas e lidar com os desafios. Qual é o primeiro passo para você atingir seu objetivo? Como você acha que a equipe pode te apoiar ainda mais?</i> <p>Obs.: encaminhar usuário/a para outros profissionais e níveis de atenção, quando necessário</p>

Fonte: Smith; Hoppe, 1991.

A técnica do 5A's também é aplicável ao aconselhamento para a prática de atividade/ exercício físico (**Figura 6.13**), contribuindo para favorecer a adesão e sustentabilidade da prática (Lion *et al.*, 2019; Shuval, 2017).

FIGURA 6.13 | ACONSELHAMENTO PARA PRÁTICA DE ATIVIDADES FÍSICAS SEGUNDO A TÉCNICA DOS 5A'S



Fonte: adaptado de Lion *et al.*, 2009.

Nota: Recomendação do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Adultos com Sobrepeso e Obesidade (Brasil, 2020)

6.7 Encaminhamento para o/a nutricionista

Uma questão que gera dúvidas na equipe é qual é o melhor momento para referenciar o/a usuário/a com obesidade para o acompanhamento nutricional. O apoio do/a nutricionista pode ser necessário em qualquer etapa da abordagem individual. No entanto, identificar o momento oportuno e o perfil adequado do/a usuário/a a ser encaminhado contribui para o sucesso do tratamento e auxilia na organização das equipes.

A **Estratégia para o Cuidado da Pessoa com Obesidade no SUS** (Brasil, 2021b) sugere o apoio clínico-assistencial do/a nutricionista nas seguintes situações: não elegíveis para cirurgia bariátrica e que não alcançaram sucesso na abordagem coletiva por pelo menos 6 meses; com obesidade grave e comorbidades (elegíveis para cirurgia bariátrica); que apresentam ganho de peso após tratamento cirúrgico da obesidade; e que não conseguiram manter o peso após participação exitosa em grupos. Mas, é importante ressaltar que, o acompanhamento individual com o/a nutricionista deve focar em usuários/as com prontidão de mudança para redução do peso; devendo os/as demais serem acompanhados/as pela eSF ou eAP.

PARA SABER MAIS

SOBRE GRUPOS TERAPÊUTICOS:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Instrutivo de Abordagem Coletiva para Manejo da Obesidade no Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. 145 p. Veja Capítulo 5: Metodologia de grupos para cuidado da pessoa com obesidade.

A atuação do/a nutricionista no manejo da obesidade não deve se restringir às consultas individuais. É crucial o seu apoio técnico-pedagógico na educação permanente às equipes; construção dos Planos de Cuidado; participação e condução de ações coletivas; construção de PTS e Projetos de Saúde no Território; atendimentos compartilhados e domiciliares; e, quando possível, a atuação em outros equipamentos do território (ex.: Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, Centros de Referência em Assistência Social - CRAS e Programa Academia da Saúde - PAS) visando ofertar o cuidado integral e em rede (Brasil, 2014b, 2017).

Sabemos, porém, que muitas Unidades de Saúde da APS não possuem nutricionista. Nesses casos, as equipes podem recorrer a outros pontos da Rede de Atenção à Saúde. Uma ferramenta que pode contribuir neste sentido é o Telessaúde, por proporcionar comunicação entre a APS e a AE, inclusive apoio matricial e educação permanente (Brasil, 2014b). Por exemplo, profissionais da eSF ou eAP podem realizar teleconsultoria com nutricionista da AE. Isso contribui para ampliar a resolutividade do cuidado e regular melhor os encaminhamentos para a AE.



PARA SABER MAIS

SOBRE TELECONSULTORIA:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de Telessaúde para a Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. 42 p.: il. Suplemento.

SOBRE ATRIBUIÇÕES DO NUTRICIONISTA NA SAÚDE COLETIVA:

CFN. **RESOLUÇÃO CFN Nº 600, DE 25 DE FEVEREIRO DE 2018**. Dispõe sobre a definição das áreas de atuação do/a nutricionista e suas atribuições, indica parâmetros numéricos mínimos de referência, por área de atuação, para a efetividade dos serviços prestados à sociedade e dá outras providências. Disponível em: https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/resolucoes/Res_600_2018.htm

SOBRE SUPORTE TÉCNICO-PEDAGÓGICO:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. 116 p (Cadernos de Atenção Básica, n. 39).

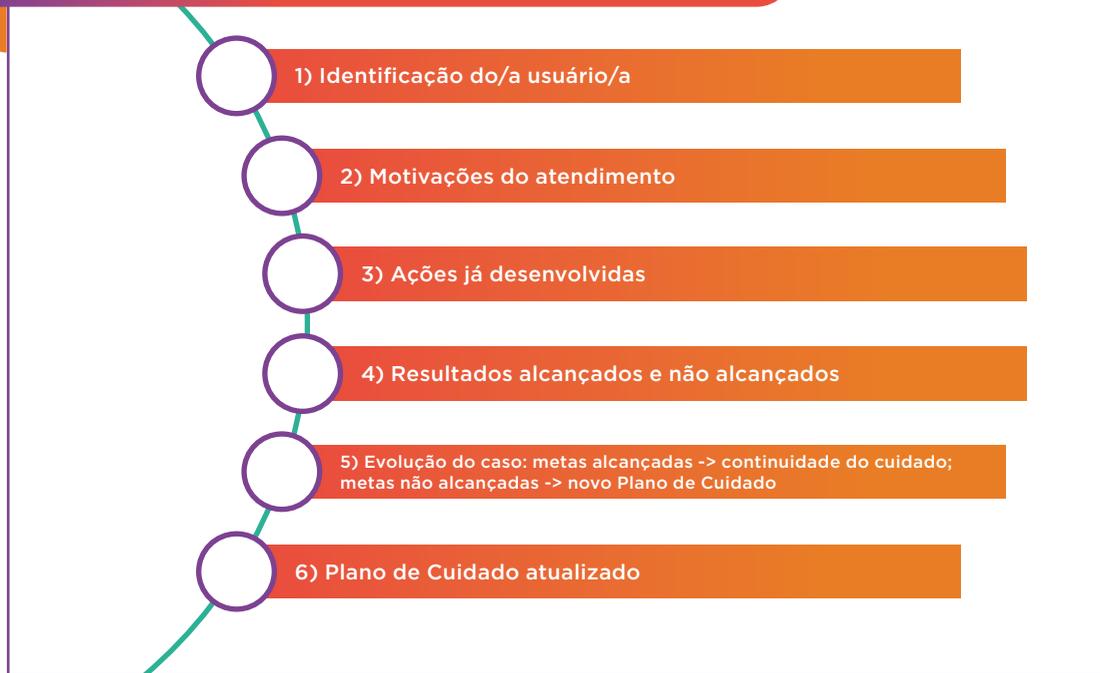
6.8 Devolutivas dos casos para as equipes

Equipes de saúde dos diferentes níveis de atenção devem se relacionar de forma horizontal, colaborativa, articulada e qualificada. Para isso, é essencial a devolutiva ou o feedback para os/as profissionais sobre as condutas e ações realizadas, e resultados alcançados (Brasil, 2014a). Por meio da devolutiva, os/as profissionais colocam o seu saber específico a serviço dos demais e compartilham estratégias de cuidado, ofertando educação permanente e contribuindo para a promoção do empoderamento e oferta do cuidado integral (Vendruscolo *et al.*, 2020).

É importante que a devolutiva seja realizada de forma organizada para facilitar a compreensão e a participação das categorias profissionais. Veja na **Figura 6.14** uma proposta de roteiro para o matriciamento de casos e devolutivas para as equipes (Brasil, 2011), que pode ser utilizada nas reuniões interdisciplinares. Uma lista dos/as usuários/as atendidos/as também pode ser compartilhada (Brasil, 2014a). No entanto, ressalta-se que essas ferramentas apenas apoiam a gestão do cuidado, não substituindo os encontros presenciais.

FIGURA
6.14

SUGESTÃO DE ROTEIRO PARA DEVOLUTIVA DOS CASOS



Fonte: elaborada pelas autoras.

BOX
6.1

EXEMPLOS DE DEVOLUTIVAS NA PRÁTICA CLÍNICA

Exemplo 1: Reunião de matriciamento na Atenção Primária entre eSF e equipe multiprofissional

Enfermeira/o da eSF: Aqui está uma lista dos casos encaminhados para a Nutrição desde nossa última reunião de matriciamento. Maria Aparecida Amaral, nascida em 18/07/1959, teve o caso discutido na última reunião. Ela está com dificuldades para reduzir peso e foi encaminhada para o Grupo Motivacional ofertado pela eSF. Participou de todos os encontros e apresentou evolução do estágio de mudança, passando a participar do Grupo Terapêutico 1 por não possuir indicação para cirurgia bariátrica, mas, necessita ainda reduzir peso e aderir a escolhas alimentares mais saudáveis. Este grupo iniciará na próxima semana e possui capacidade para receber mais pessoas. A equipe tem outros/as usuários/as com perfil para o grupo? Lembrando que antes de encaminhá-los/as, é necessário aplicar a Estratificação de Grupos para verificar a prontidão de mudança para redução do peso.

**Exemplo 2: Reunião de matriciamento na Atenção Primária entre eSF e Equipe de Saúde Mental**

Psicólogo/a: Dos casos que discutimos, todos ainda estão em acompanhamento psicológico. Mas, gostaria de destacar uma usuária que não tem conseguido evoluir: Fernanda Pereira Nascimento, nascida em 04/07/1992. Existem conflitos familiares que a prejudicam para alcançar o objetivo de reduzir peso. Ela não tem apoio do marido e tenho identificado sinais de violência doméstica. Precisamos discutir melhor o nosso apoio à Fernanda e incluir o Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) no cuidado devido a possível violência doméstica.

Enfermeira/o da eSF: Em visitas domiciliares é possível perceber ansiedade, tensão e medo dela com a chegada do marido em casa. Ela se sente mais à vontade quando os atendimentos são realizados na unidade. Relata que o marido é estressado, principalmente quando bebe, mas que depois passa. Pretendemos aproximá-la das atividades da unidade, como o grupo de mulheres, para seu acolhimento e orientação, visando tentar interromper esse provável ciclo de violência doméstica. O apoio do CRAS será fundamental neste processo, faremos a solicitação em conjunto com a Equipe de Saúde Mental.

Exemplo 3: Reunião de matriciamento na Atenção Primária entre eSF e equipe multiprofissional

Profissional de Educação Física: Em nossa última reunião, alguns usuários e usuárias foram encaminhados para prática de exercício físico. O grupo iniciou semana passada com atividades 2 vezes/semana, de 8h às 9hs, durante 3 meses. Eu gostaria de discutir sobre os/as usuários/as que receberam o convite, mas não foram aos encontros para entendermos as ausências. Seriam os dias e horários do grupo? Essas pessoas não estão prontas para iniciar a prática? Ou possuem compromissos que dificultam a presença? O que houve? Essa é a lista dos ausentes: José, Ronaldo, Lígia e Rosário. Vocês sabem me informar o que pode ter ocorrido?

ACS: Lígia e José estão trabalhando neste horário e, provavelmente, seja o motivo da ausência. É preciso pensar outra estratégia para eles. Rosário mudou de endereço e, agora, é atendida por outra eSF, na região sul da cidade. No caso do Ronaldo, ele tem vindo às atividades na unidade, mas se mostra pouco confiante para a prática de exercício físico e tem medo dos julgamentos durante as atividades.

Profissional de Educação Física: Vou agendar um encontro com Ronaldo para aplicar a técnica dos 5R's visando contribuir para a superação desses obstáculos. Além disso, vou reforçar com ele o ambiente acolhedor e amistoso do grupo, e que também poderá encontrar pessoas conhecidas que possam apoiá-lo. O que acham da proposta?

Exemplo 4: Contrarreferência da Atenção Especializada Ambulatorial para Atenção Primária à Saúde

Equipe da Atenção Especializada Ambulatorial: Informamos a eSF responsável por acompanhar o Sr. Manoel Eustáquio Silva, nascido em 10/05/1955, que ele participou de todos os atendimentos individuais agendados e está apto a continuar seu cuidado na Atenção Primária. Ele se encontrava no estágio de Ação quando iniciou o tratamento da obesidade, e há 6 meses mantém mudanças dos hábitos alimentares e prática regular de exercício físico. Reduziu 5% do peso e melhorou o controle da glicemia e do colesterol, uma vez que apresenta diagnóstico de Diabetes tipo 2. Recomendamos que a eSF continue acompanhando o usuário visando prevenir possíveis recaídas e ganho de peso.

Segue as orientações de alta realizadas:

- Continue o monitoramento glicêmico diário.
- Mantenha a rotina de exercícios em 3 dias da semana, totalizando 150 minutos por semana.
- Continue monitorando o seu peso, escolhas alimentares e prática de exercício físico.
- Continue participando da elaboração do cardápio e das refeições em sua casa, lembrando de dar preferência para os alimentos in natura e minimamente processados e as preparações com mais vegetais.
- Mantenha o consumo moderado de doces, deixando para eventos especiais com atenção às quantidades.
- Frequente a sua Unidade de Saúde e se envolva nos grupos para conseguir maior apoio para o seu cuidado.

Nota: eSF: equipe de Saúde da Família. Para saber mais sobre os grupos descritos consulte o **Capítulo 6**.

6.9 Alta do acompanhamento individual

O momento exato da alta do acompanhamento individual é de complexa definição. A alta deve ser proposta a partir da evolução do/a usuário/a em relação às suas metas, incluindo a redução do peso e a conquista e a manutenção de outros ganhos. A redução de 5% a 10% do peso inicial pode levar à melhora substancial dos fatores de risco para DM e doenças cardíacas, inclusive redução ou descontinuidade de medicamentos (Wing *et al.*, 2011). Assim, alcançar e manter a redução de peso de 10% em 12 meses pode ser considerado um cuidado bem-sucedido, embora para muitas pessoas isso não signifique mudança na classificação do estado nutricional (Wing *et al.*, 2011). Entretanto, como abordado no **Capítulo 5**, é preciso ir além da classificação do IMC, e considerar os diferentes ganhos alcançados, como na alimentação, nos exames bioquímicos, na prática de atividade/exercício físico, no bem-estar e autoestima.

A alta, quando entendida como separação ou rompimento da relação profissional-usuário/a, pode gerar ansiedade e até mesmo colocar em risco os resultados alcançados. Dessa forma, ele/a deve ser preparado/a para compreender a alta como um processo de emancipação, e que a equipe estará disponível para atender às suas demandas de saúde. Para isso, a manutenção do vínculo com o serviço de saúde e a longitudinalidade do cuidado são essenciais.

Segundo a **Estratégia para o Cuidado da Pessoa com Obesidade no SUS** (Brasil, 2021b), após a alta, o/a usuário/a deverá manter o acompanhamento longitudinal com a eSF ou eAP e a prática de atividade física. Essa vinculação com os serviços de saúde visa apoiá-lo/la no processo de manutenção dos novos comportamentos, evitar recaídas e identificar precocemente reganho de peso. No caso de identificado reganho de peso, deve-se aplicar novamente a **Estratificação de Grupos para Manejo da Obesidade no SUS** e encaminhar o/a usuário/a para o GT1 (Brasil, 2021a). O reganho de peso pode iniciar seis meses após a participação em intervenções bem-sucedidas, mas ocorre geralmente após um ano (Nordmo, 2020). Sugere-se assim, que na alta, o/a usuário/a seja orientado/a quanto esta possibilidade e como obter apoio caso necessite.

Para que o/a usuário/a se sinta amparado/a e mantenha o cuidado é essencial que o acompanhamento e a alta sejam pautados na promoção do empoderamento e da autonomia para escolhas saudáveis. Entretanto, muitas vezes, as orientações de alta são listas prontas sobre escolhas alimentares ou prática de atividade física, de forma impessoal e pouco personalizada; ou mesmo proibitivas, dificultando a emancipação do/a usuário/a para o autocuidado.

Cada usuário/a deve receber as orientações de alta por escrito. Se escritas à mão, é importante que sejam legíveis, objetivas e organizadas. Elas devem ser claras e direcionadas aos pontos que o/a usuário/a teve maior dificuldade no tratamento, e abordar aspectos que ainda pode/precisa aprimorar. Além disso, é vital incluir como proceder em caso de reganho de peso. Veja uma sugestão de organização de alta (**Figura 6.15**) e possíveis orientações (**Quadro 6.8**).

**FIGURA 6.15** | EXEMPLO DE ORIENTAÇÃO DE ALTA PARA USUÁRIO/A EM ACOMPANHAMENTO INDIVIDUAL PARA TRATAMENTO DA OBESIDADE

ORIENTAÇÕES PARA ALTA	
Nome:	Data:
<p>Com o seu envolvimento e o nosso apoio, você conseguiu conquistar seus objetivos e melhorou a sua saúde. Agora, é manter o cuidado e os ganhos alcançados para uma vida saudável. Estaremos sempre por aqui, conte conosco!</p> <ol style="list-style-type: none">1. Prefira o consumo de alimentos in natura e minimamente processados, e evite os ultraprocessados.2. Mantenha a prática regular de atividade física.3. Continue monitorando o seu peso, alimentação e a prática de atividade física.4. Pelas dificuldades que você enfrentou, lembre-se de planejar a sua alimentação da semana, e de manter a divisão das tarefas domésticas com os familiares.5. É importante manter a prática de atividade física, pelo menos 3 dias da semana, preferencialmente pela manhã porque foi o melhor horário para você! <p>Estamos à disposição para qualquer coisa que precisar e para continuar apoiando você a cuidar de sua saúde. Caso precise, nos procure na Unidade de saúde.</p> <p>Se você observar que está com dificuldades de manter os hábitos conquistados ou que tem apresentado reganho de peso, retorne à Unidade de Saúde para que possamos auxiliá-lo!</p> <p>_____</p> <p>Assinatura e carimbo do responsável</p>	
COMECE COM ORIENTAÇÕES GERAIS	
ESPECIFIQUE ORIENTAÇÕES CONFORME DIFICULDADES PRÉVIAS	
FINALIZE DESTACANDO A REDE DE APOIO	
AH! E NÃO FAÇA LISTAS EXTENSAS	

Fonte: elaborada pelas autoras.

QUADRO 6.8 | **ORIENTAÇÕES QUE PODERÃO SER ABORDADAS NA ALTA SEGUNDO AS DEMANDAS DO/A USUÁRIO/A**

Gerais	Continue organizando a alimentação e as refeições para a semana.
	Cuide para manter o consumo de pelo menos 5 frutas e verduras diariamente.
	Quando estiver com sede, prefira água. Leve sempre uma garrafa com você.
	Não se esqueça de ler o rótulo dos alimentos para compreender melhor o que você está comendo. Prefira sempre comida de verdade aos produtos ultraprocessados.
	Persista no desenvolvimento de suas habilidades culinárias, busque ajuda daqueles que já cozinham, ou mesmo na internet e em programas de culinária.
	Identifique locais próximos à sua casa ou trabalho para a prática de atividade física.
	Valorize todas as mudanças realizadas e sua continuidade para manutenção dos bons resultados.
	Conheça atividades e serviços disponíveis na comunidade que possam auxiliar você na adoção/manutenção de modos de vida saudáveis.
Específicas	Prossiga evitando as frituras, e optando por alimentos grelhados, assados ou cozidos.
	Lembre-se de manter um prato colorido e diversificado no almoço e no jantar.
	Lembre-se que a rotina alimentar é importante: faça 3 refeições principais (café da manhã, almoço e jantar) diariamente, de preferência, em horários regulares.
	Continue com atenção ao consumo de açúcar e doces.
	Tente manter o consumo de peixe pelo menos 1 vez/semana; e dê preferência às carnes magras, reduzindo o consumo de carnes com gordura visível e processadas.
Finais	Inclua atividades ativas no seu lazer, como passeio em praças ou parques.
	Lembre-se, você pode se matricular no Programa Academia da Saúde mais próximo de você.
	Se possível, participe de Práticas Integrativas e Complementares (PICS) na Unidade de Saúde (incluir as PICS disponíveis na unidade e orientar sobre o acesso).
	Continue atento/a à sua saúde, se precisar ou tiver dificuldades nos procure!

Fonte: elaborado pelas autoras.



MENSAGENS CENTRAIS DO CAPÍTULO.

- Abordagem individual da pessoa com obesidade requer um olhar integral e acolhedor da equipe que pode ser alcançado mediante a atenção a algumas etapas do cuidado, tais como: Busca ativa de usuários/as com obesidade; Identificação da prontidão de mudança para redução do peso; Realização de avaliação abrangente; Construção conjunta de Plano de Cuidado, e; Realização do cuidado.
- A estratégia de Cuidado da Pessoa com Obesidade no SUS preconiza a abordagem coletiva e individual, transversalmente associadas ao acompanhamento longitudinal pelas equipes de eSF ou eAP, e a prática de atividade física/exercício físico.
- Cuidado individual da pessoa com obesidade pode ser pautado na Abordagem Básica para casos com menor complexidade e/ou maior suporte sociofamiliar; ou Abordagem Intensiva, para casos mais complexos e/ou com menor suporte sociofamiliar; mas, mantendo a longitudinalidade do cuidado.
- Cuidado da pessoa com obesidade deve ser pautado no aconselhamento nutricional e para prática de atividade física, e abordagem de comportamento, incluindo automonitoramento e suporte psicológico.
- Aconselhamento nutricional deve ser realizado por todos/as os/as profissionais de saúde a partir de evidências científicas e documentos do Ministério da Saúde, evitando posturas gordofóbicas, culpabilizadoras e estigmatizantes.
- A prática de atividade/exercício físico deve ser adaptada às necessidades individuais e, se possível, realizada em ambientes comunitários, com apoio familiar e automonitoramento visando a sua sustentabilidade.
- Apesar da mudança do peso ser importante, é vital identificar outras mudanças positivas, como na alimentação, exames bioquímicos, prática de atividade/exercício físico, bem-estar, autoestima, etc.
- Técnica dos 5A auxilia na abordagem humanizada e não estigmatizante da pessoa com obesidade e na adesão e manutenção de comportamentos saudáveis, incluindo a prática de atividade/exercício físico.
- Apoio do/a nutricionista pode ser necessário em qualquer uma das etapas da abordagem da pessoa com obesidade e não deve se restringir às consultas individuais.
- Equipes de saúde de diferentes níveis de atenção devem se relacionar de forma horizontal, colaborativa, articulada e qualificada, sendo, para isto, essencial a devolutiva das condutas realizadas e dos resultados.
- O/a usuário/a deve ser preparado durante o tratamento para compreender a alta como um processo de emancipação e que a equipe estará disponível para atender às suas demandas, caso precise.

REFERÊNCIAS

- ALBERGA, A. S. *et al.* Weight bias and health care utilization: a scoping review. **Prim. Health Care Res. Dev.**, v. 20, p. e116, 2019.
- AUYOUNG, M. *et al.* Integrating Physical Activity in Primary Care Practice. **The American Journal of Medicine**, v. 129, n. 10, p. 1022-1029, 2016.
- BALHS, S. C.; Navolar, A. B. B. Terapia cognitivo-comportamental: conceitos e pressupostos teóricos. **Psico UTP On-line**, n. 4, p. 1-11, 2004.
- BELEIGOLI, A. M. *et al.* **Uso da web como ferramenta para promoção de peso saudável em adultos com sobrepeso e obesidade - Centro de Telessaúde**. 2019 Disponível em: <https://telessaude.hc.ufmg.br/projetos/uso-da-web-como-ferramenta-para-promocao-de-peso-saudavel-em-adultos-com-sobrepeso-e-obesidade/>. Acesso em: 10 ago. 2020.
- BLACKBURN, M; STATHI, A. Moral discourse in general practitioners' accounts of obesity communication. **Social Science & Medicine**, v. 230, p. 166-173, 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Material Teórico para Suporte ao Manejo da Obesidade no Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021a. 50 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Instrutivo de Abordagem Coletiva para Manejo da Obesidade no Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021b. 145 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Instrutivo de Abordagem Coletiva para Manejo da Obesidade no SUS: Caderno de Atividades Educativas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021c. 145 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. **Relatório de Recomendação. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Sobrepeso e Obesidade em adultos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. 350 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Contribuições dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família para a Atenção Nutricional**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. 39 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde; UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. **Desmistificando dúvidas sobre alimentação e nutrição**: material de apoio para profissionais de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. 164p.



BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: o cuidado da pessoa tabagista. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. 154 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica**: obesidade. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014a. 212p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família: Volume 1**: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014b. 116p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia Alimentar para a População Brasileira**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014c. 156p

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. 16p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. 236p.

BRASIL. Lei nº 8234, de 17 de setembro de 1991. Regulamenta a profissão de Nutricionista e determina outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 17 set. 1991.

BRITTEN, N.. Misunderstandings in prescribing decisions in general practice: qualitative study. **Bmj**, v. 320, n. 7233, p. 484-488, 19 fev. 2000. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.320.7233.484>.

CASTELNUOVO, G. S. S. Ebesity – E-Health for Obesity – New Technologies for the Treatment of Obesity. *In*: Clinical Psychology and Medicine. **Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health**, v. 5, p. 5-8, 2011.

CAVALCANTI, A. M.; OLIVEIRA, A. C. L. **Autocuidado apoiado**: manual do profissional de saúde. Curitiba: Secretaria Municipal da Saúde, 2012. Disponível em: <http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/programas/arquivos/autocuidado/auto%20cuidado.pdf>. Acesso em: 09 ago. 2020.

CLIFTON, P. M. *et al.* Long term weight maintenance after advice to consume low carbohydrate, higher protein diets – A systematic review and meta-analysis. **Nutrition, Metabolism And Cardiovascular Diseases**, v. 24, n. 3, p. 224-235, 2014.

DEVLIN, M. J. *et al.* Obesity: What mental health professionals need to know American. **Journal of Psychiatry**, v. 157, n. 6, p. 854-866, 2000.

FIORE, M. C. *et al.* **Treating tobacco use and dependence**: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville: U.S. Department of Health and Human Services, 2008.

GUSMÃO, L. L. *et al.* Implementation of a text message intervention to promote behavioral change and weight loss among overweight and obese Brazilian primary care patients. **Journal of Telemedicine and Telecare**, v. 25, n. 8, p. 476-483, 27 set. 2019.

JIMÉNEZ, J. M. H. *et al.* Diferencias espacio-temporales de la locomoción en adultos varones con normopeso y sobrepeso. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**. v. 23, n. 1, jan./fev., 2017.

LEE, I-M. *et al.* Impact of physical inactivity on the world's major non-communicable diseases. **Lancet**, v. 380, n. 9838, p. 219-229, 2012.

LION, A. *et al.* Physical activity promotion in primary care: a utopian quest?. **Health Promotion International**, v. 34, p. 877-886, 2019.

LION, E. A. V. **Tabagismo e saúde feminina: aliança de controle do tabagismo - ACTbr**. 2009. Disponível em: https://actbr.org.br/uploads/arquivo/843_ACT_saude_feminina_2013.pdf. Acesso em: 29 ago. 2010.

LUQUE, D. *et al.* Measuring habit formation through goal-directed response switching. **Journal of Experimental Psychology: General**, v. 149, n. 8, p. 1449-1459, 2020.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. p. 512.

MENEZES, M. C. *et al.* A systematic review of effects, potentialities, and limitations of nutritional interventions aimed at managing obesity in primary and secondary health care. **Nutrition**, v. 76, 2020.

MERRILL, E.; GRASSLEY, J. Women's stories of their experiences as overweight patients. **J. Adv. Nurs.**, v. 64, n. 2, p. 139-146, 2008.

NORDMO, M.; DANIELSEN, Y. S.; NORDMO, M. The challenge of keeping it off, a descriptive systematic review of high-quality, follow-up studies of obesity treatments. **Obesity Reviews**, v. 21, n. 1, p. 1-15, nov. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/obr.12949>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Diretrizes da oms para atividade física e comportamento sedentário**. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020.



PAIM, M. B.; KOVALESKI, D. F. Análise das diretrizes brasileiras de obesidade: patologização do corpo gordo, abordagem focada na perda de peso e gordofobia. **Saúde e Sociedade**, v. 29, n. 1, p. 1-12, 2020.

ROCHA, K. B. *et al.* A visita domiciliar no contexto da saúde: uma revisão de literatura. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 18, n. 1, 2017.

RODRIGUES, E. M. *et al.* Resgate do conceito de aconselhamento no contexto do atendimento nutricional. **Revista de Nutrição**, v. 1, n. 18, p. 119-128, 2005.

RUSSELL, N.; CARRYER, J. Living large: the experiences of large-bodied women when accessing general practice services. **J. Prim. Health Care**, v. 5, n. 3, p. 199-205, 2013.

SHARMA, A. M. The 5A model for the management of obesity. **Canadian Medical Association Journal**, v. 184, n. 14, p. 1603-1603, 2012.

SHUVAL, K. Physical Activity Counseling in Primary Care: Insights From Public Health and Behavioral Economics. **CA: a Cancer Journal for Clinicians**, v. 67, p. 233-244, 2017.

SMITH, R. C.; HOPPE, R. B. The Patient's story: integrating the patient- and physician-centered approaches to interviewing. **Annals of Internal Medicine**, v. 115, p.470-477, 1991.

TEIXEIRA, F. V. *et al.* Crenças e práticas dos profissionais de saúde face a obesidade: uma revisão sistemática. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 58, n. 2, p. 254-262, 2012.

VENDRUSCOLO, C. *et al.* Contribuições da educação permanente aos núcleos ampliados de saúde da família. **Esc. Anna Nery**, v. 24, n. 3, e20190273, 2020.

WATTANAPISIT, A. *et al.* Physical activity counseling in primary care and family medicine residency training: a systematic review. **BMC Medical Education**, v. 18, n. 159, 2018.

WING, R.R; HILL, J. O. Successful weight loss maintenance. **Annu. Rev. Nutr.**, v. 21, n. 1, p. 323. 2001.

ABORDAGEM NUTRICIONAL INDIVIDUAL NA PRÁTICA DO/A NUTRICIONISTA

O/A nutricionista é uma categoria profissional importante no cuidado da pessoa com obesidade, sendo um diferencial no planejamento e desenvolvimento das ações de cuidado. Nesse sentido, este capítulo é voltado para você nutricionista para discutir sobre:

- Contribuições do/a nutricionista no cuidado individual da pessoa com obesidade
- Estruturação do acompanhamento nutricional individual
- Proposição de acompanhamento nutricional individual

7.1 Contribuições do/a nutricionista no cuidado individual da pessoa com obesidade

Na abordagem individual da pessoa com obesidade, o/a nutricionista possui diferentes atribuições relacionadas ao suporte técnico-pedagógico das equipes e ações assistenciais (**Figura 7.1**), incluindo o atendimento individual específico (**Box 7.1**).



FIGURA 7.1 | ATRIBUIÇÕES DO/A NUTRICIONISTA NO SUPORTE TÉCNICO-PEDAGÓGICO E AÇÕES ASSISTENCIAIS RELACIONADAS AO CUIDADO DA PESSOA COM OBESIDADE

SUPORTE TÉCNICO PEDAGÓGICO

Qual é o objetivo?

- Ampliar capacidade resolutive dos profissionais

Quando pode ocorrer?

- atendimentos compartilhados e/ou nas reuniões de equipe e de matriciamento
- Teleconsultoria entre profissionais de diferentes níveis de atenção

Como?

- Educação permanente sobre educação alimentar e nutricional e manejo da obesidade
- Discussão de estratégias para aconselhamento sobre alimentação adequada e saudável
- Avaliação da prontidão do/a usuário/a para mudanças na alimentação
- Participação no planejamento das ações e do cuidado da pessoa com obesidade
- Discussão de Planos de Cuidado

AÇÕES ASSISTENCIAIS (ATENDIMENTO INDIVIDUAL E DOMICILIAR)

Qual é o objetivo?

- Realizar abordagem técnica privativa da categoria profissional com usuários/as com obesidade que não apresentaram evolução positiva e em situações que é imprescindível a abordagem nutricional

Quando pode ocorrer?

- Após discussão em reuniões de equipe ou de matriciamento, em períodos protegidos da agenda para assistência nutricional, considerando a estrutura do serviço de saúde e a complexidade dos casos

Como?

- atendimentos presenciais (compartilhados ou não) e/ou telemonitoramento
- Execução do Plano de Cuidado pactuado com a equipe e com o/a usuário/a
- Realização de aconselhamento nutricional, Plano Alimentar, Planos de Ação, etc.

Fonte: adaptado de Brasil 2014a, 2014b.

**BOX
7.1**

**USUÁRIO/AS COM PRIORIDADE PARA O ATENDIMENTO
INDIVIDUAL COM NUTRICIONISTA**

- Com obesidade e necessidade de controle do consumo de nutrientes para controle de comorbidades (ex.: doença renal crônica, anemia, alergia alimentar, intolerância à lactose, etc.)
- Acamados/as, com sinais de má nutrição associada à obesidade
- Com sinais de Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica
- Com diabetes mellitus em uso de insulina e/ou com dificuldade de controle glicêmico, principalmente em uso de hipoglicemiantes ou reinternação recorrente por alterações da glicemia
- Com controle pressórico inadequado e orientação prévia de tratamento não farmacológico
- Elegíveis para cirurgia bariátrica
- Não elegíveis para cirurgia bariátrica, que não foram bem-sucedidos/as na abordagem coletiva e/ou individual pela equipe de Saúde da Família ou da Atenção Primária
- Realizaram cirurgia bariátrica e apresentaram reganho de peso, ou não foram bem-sucedidos/as na abordagem coletiva e/ou individual para manutenção do peso
- Não conseguiram manter redução do peso, mesmo após participação em abordagem coletiva específica

Fonte: adaptado de Brasil, 2021.

Agora que já vimos sobre a atuação do/a nutricionista no cuidado da pessoa com obesidade, vamos abordar sobre a estruturação das ações assistenciais ofertadas.

7.2 Estruturação do acompanhamento nutricional individual

Alguns passos podem ser considerados na organização do acompanhamento nutricional individual, como: acolhimento das demandas e histórico do/a usuário/a; avaliação nutricional; cálculo das necessidades de energia e de nutrientes; e planejamento alimentar. Veja, a seguir.

Passo 1: Acolhimento das Demandas e Histórico do/a Usuário/a

Conhecer o/a usuário/a e suas demandas é essencial para construir uma proposta terapêutica adequada. Antes de qualquer orientação, o/a nutricionista deve buscar compreender a rotina do/a usuário/a, sua dinâmica familiar/social, seus objetivos, os Planos de Cuidado e de Ação em curso, etc. As pessoas são seres com vidas complexas, que vivem fatores estressores e obrigações fora do espaço de cuidado à saúde, não devendo, portanto, serem limitadas à enfermidade que possui. Além disso, é importante conhecer o histórico de gerenciamento do peso e de tratamento da obesidade e estratégias nutricionais já adotadas, visando evitar propor condutas que aumentem o receio e as frustrações do/a usuário/a.

Passo 2: Avaliação Nutricional

Uma adequada avaliação nutricional é crucial para realizar uma abordagem individualizada efetiva. Ela deve incluir a avaliação antropométrica, bioquímica, clínica e do consumo alimentar, entre outros aspectos (**Capítulo 5**) monitorados pela equipe de saúde ao longo



do tratamento. Nesse sentido, o adequado matriciamento é essencial para o bom acolhimento do/a usuário/a e para evitar repetições de questionamentos e condutas mal sucedidas, que possam desmotivá-lo/a.

Para avaliar o consumo alimentar, o uso de instrumentos específicos pelo/a nutricionista permite conhecer melhor os alimentos e quantidades consumidas, e o padrão alimentar do/a usuário/a. Sugere-se o uso do Recordatório Alimentar de 24 Horas (R24H) (**Quadro 7.1**) por ser um instrumento de rápida aplicação, e quando aplicado em dias alternados, estimar o consumo habitual (Menezes *et al.*, 2011). Adicionalmente, deve-se incluir questões que permitam compreender mudanças na alimentação ao longo do tempo (finais de semana e dias de rotina diferenciada), opções dietéticas, valores e crenças alimentares.

QUADRO 7.1 ETAPAS DA APLICAÇÃO DE RECORDATÓRIO ALIMENTAR DE 24 HORAS

Etapas	Recordatório Alimentar de 24 Horas	
	Objetivo	Exemplos de como questionar sobre o consumo
1º Passo: Listar alimentos e bebidas	Relatar alimentos e bebidas consumidos ao longo do dia	No dia de ontem, quais foram os alimentos e bebidas que o/a Sr./a. consumiu desde a hora em que levantou até a hora em que foi dormir?
2º Passo: Detalhar os alimentos	Coletar informações detalhadas sobre alimentos/bebidas consumidos, incluindo modo de preparo e medidas caseiras	Como foi preparado o(a) _____ (alimento)? O tamanho do(a) _____ (alimento) era pequeno, médio ou grande? ou Qual o utensílio o/a Sr./a. usou para servir o/a _____ (alimento)? O(A) _____ (utensílio) estava raso/a, normal ou cheio/a?"

Fonte: adaptado de USP, 2012

PARA SABER MAIS

SOBRE A APLICAÇÃO DO RECORDATÓRIO ALIMENTAR DE 24 HORAS:

GUIA para aplicação do Recordatório de 24h. *In*: MANUAL de avaliação do consumo alimentar em estudos populacionais: a experiência do inquérito de saúde em São Paulo (ISA) / Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Grupo de Pesquisa de Avaliação do Consumo Alimentar; organizadoras Regina Mara Fisberg, Dirce Maria Lobo Marchioni. -- São Paulo : Faculdade de Saúde Pública da USP, 2012. 197 p. : il. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4292835/mod_resource/content/2/Guia%20para%20aplica%C3%A7%C3%A3o%20do%20recordat%C3%B3rio%20de%2024h.pdf

Tabela brasileira de composição de alimentos/NEPA- UNICAMP. 4. ed. rev. e ampl. Campinas: NEPA-UNICAMP, 2011. 161 p.

Outra possibilidade para avaliar o consumo alimentar é o Recordatório Alimentar Habitual. Ele é semelhante ao R24H, porém, ajustando com perguntas, como: **“Quais alimentos e bebidas o/a Sr./a. consome normalmente desde a hora em que levanta até a hora em que vai dormir?”**. Comparado ao R24H, o Recordatório Habitual demanda menor precisão de memória, fornece um panorama geral do padrão alimentar sem o viés de um único dia; no entanto, não é validado.

O/A nutricionista pode também usar outros instrumentos, como o Registro Alimentar de três ou de sete dias, que permite captar informações sobre o consumo nos finais de semana. Esse automonitoramento da alimentação pelo/a usuário/a pode agregar informações sobre sua rotina alimentar e ajudá-lo/la a perceber melhor a sua alimentação. Contudo, esse instrumento não é indicado para pessoas com baixo grau de letramento em saúde e escolaridade.

Além dessas outras possibilidades de avaliação do consumo alimentar, o/a nutricionista também deve, em conjunto com a equipe de saúde, analisar a evolução os marcadores de consumo alimentar do SISVAN (Brasil, 2015a) **(Capítulo 5)**. O/A nutricionista deve acompanhar a evolução desses marcadores pela consulta ao prontuário e discussão em equipe.

A partir das informações obtidas na avaliação do consumo alimentar, pode-se analisar o consumo de alimentos e de nutrientes. De forma quantitativa, avalia-se o consumo de nutrientes pelo uso de tabelas de composição de alimentos (Unicamp, 2011), seguido da verificação da adequação às recomendações. Já de forma qualitativa, avalia-se o consumo de alimentos segundo a classificação NOVA, proposta pelo Guia Alimentar (Brasil, 2014c).

Analisar o consumo alimentar de maneira quantitativa ou qualitativa, e o método utilizado, deverá sempre partir da literatura científica e das necessidades do/a usuário/a. No entanto, essas escolhas irão depender também de questões como: tempo disponível na agenda, possibilidade do uso de programas para cálculo dos nutrientes e especificidades das condições de trabalho (ex.: carga horária, demandas da unidade, número de Unidades de Saúde que atua, equipamentos e tecnologias disponíveis, etc.). Por exemplo, considerando as condições de saúde do/a usuário/a, aquele/a com pequena descompensação glicêmica e demais parâmetros clínicos e bioquímicos estáveis não demanda, a princípio, a análise quantitativa de nutrientes; sendo uma análise qualitativa sobre açúcar de adição, consumo de bebidas adoçadas e ausência ou presença de grupos alimentares, suficiente para basear as orientações alimentares. Em contraponto, o/a usuário/a com insuficiência renal com grau avançado demanda análise criteriosa de proteínas e minerais (ex.: fósforo, potássio, etc.), requerendo quantificação frequente de nutrientes.

Em situações que requerem análise quantitativa do consumo alimentar, sugere-se que seja realizada, se possível, a cada três meses visando corrigir inadequações, principalmente em relação ao consumo de micronutrientes, ou sempre que for necessário o controle criterioso de nutrientes. No entanto, essa frequência deverá ser alinhada às condições locais de trabalho.



Passo 3: Calculando as Necessidades de Energia e de Nutrientes

As necessidades nutricionais do/a usuário/a com obesidade devem ser identificadas a partir de diferentes parâmetros, ferramentas e informações. Entre os parâmetros sugeridos tem-se o gasto energético total (GET), estimado a partir dos resultados da avaliação do consumo alimentar ou da taxa metabólica basal (TMB) e nível de atividade física (**Quadro 7.2**).

QUADRO 7.2 ESTIMATIVA DE TAXA METABÓLICA BASAL E GASTO ENERGÉTICO TOTAL	
TMB Homens	
18-30 anos: $(0,0630 \times PA + 2,8957) \times 240$ kcal 31-60 anos: $(0,0484 \times PA + 3,6534) \times 240$ kcal	
TMB Mulheres	
18-30 anos: $(0,0621 \times PA + 2,0357) \times 240$ kcal 31-60 anos: $(0,0342 \times PA + 3,5377) \times 240$ kcal	
Fator Atividade	
Sedentário: 1,3 Algum exercício regular: 1,5 Exercício de alta intensidade: 1,7	
GET: TMB X Fator atividade	

Fonte: Duarte, 2005.

Nota: TMB = Taxa Metabólica Basal; PA = peso aferido; GET: Gasto energético total

A TMB é definida como a energia mínima que mantém as funções vitais do corpo em estado de vigília e representa cerca de 50% a 70% do GET diário. O valor da TMB deve ser multiplicado pelo fator atividade, conforme o nível de atividade física do/a usuário/a, para obter a necessidade energética diária (**Quadro 7.2**) (Brasil, 2014b). Dados de TMB deverão ser inseridos no prontuário para acompanhar a evolução do tratamento e o impacto sobre o peso. Para análise da TMB foram sugeridas fórmulas rápidas e práticas, que não requerem cálculos complexos, e que estão disponíveis em materiais voltados para o manejo da obesidade (Brasil, 2014b). Entretanto, existem outras fórmulas que podem ser usadas conforme a sua preferência.

O Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Sobrepeso e Obesidade em Adultos recomenda uma redução entre 500 e 1.000 Kcal do GET estimado (Brasil, 2020a). Esta redução deve ser realizada levando em consideração o consumo alimentar e a sensação de fome (ausente ou presente) do/a usuário/a. Deve-se evitar a redução energética brusca pelo risco de ocasionar redução da massa magra, comprometendo a TMB do/a usuário/a. Uma redução, por exemplo, de 1.000Kcal pode representar uma proporção muito grande da TMB se ele/a possuir baixos níveis de massa muscular. Por isso, recomenda-se

cautela e atenção na definição da redução energética, sendo importante avaliar com o/a usuário/a como está sendo este processo.

Uma estratégia viável é reduzir gradualmente o consumo energético visando a melhor adaptação à redução do consumo de alimentos. A redução energética deve ser realizada a partir da diminuição do consumo de alimentos ultraprocessados, conforme preconizado pelo PCDT e o Guia Alimentar, e com atenção a todos os nutrientes recomendados para uma alimentação equilibrada (IOM, 2019), auxiliando o/a usuário/a a atingir as metas do Plano de Ação.

Em relação a composição de macronutrientes da dieta (carboidratos, proteínas e lipídeos) evidências científicas atuais não sustentam uma distribuição específica, mas, sim que diferentes estratégias podem ser utilizadas, conforme as necessidades do/a usuário/a, desde que haja redução do consumo energético (Abete, 2006; Hansen, 2021). Entretanto, radicalismos na distribuição de macronutrientes devem ser evitados devido as dificuldades de sustentabilidade em longo prazo, gerando frustração no/a usuário/a, bem como por seus possíveis efeitos iatrogênicos.

Passo 4: Planejamento Alimentar

A partir da compreensão da rotina do/a usuário/a deve-se, em conjunto, definir a melhor estratégia para o planejamento alimentar: **Aconselhamento Nutricional com Orientações Alimentares; Plano Alimentar Quantitativo** ou **Plano Alimentar Qualitativo**.

O **Aconselhamento Nutricional** implica em fornecer orientações sobre a alimentação que contribuam para o empoderamento e autonomia para escolhas saudáveis. Nessa abordagem, o/a profissional deve analisar a condição alimentar do/a usuário/a em seu contexto de vida e, juntos, formularem estratégias para o enfrentamento das dificuldades, contribuindo para mudanças permanentes (Rodrigues *et al.*, 2005). Intervenções baseadas no aconselhamento com orientações claras e objetivas, em menor número, e adequadas à realidade e a prontidão de mudança do/a usuário/a, podem ajudar na formação de um novo hábito alimentar e contribuir para redução de peso, em comparação às orientações-padrão prescritivas (Beeken *et al.*, 2017).

O **Aconselhamento Nutricional** pode ser organizado de diferentes formas (**Quadro 7.3**). Pode ser verbal, escrito, com figuras, ou por meio de jogos educativos. No entanto, é essencial que seja gradual, respeitando vivências, saberes e a abertura de cada um/a.

**QUADRO 7.3** | ETAPAS DO ACONSELHAMENTO NUTRICIONAL E ESTRATÉGIAS PARA SUA APLICAÇÃO

Etapas	Descrição	Recursos
Reconhecimento do/a usuário/a e construção do vínculo (Descoberta inicial)	<ul style="list-style-type: none">- Escuta livre da fala do/a usuário/a, acolhendo e aceitando com empatia- Percepção do estado emocional (medo, ansiedade, preocupação, culpa, situações de preconceito) expresso verbalmente ou por gestos, posturas, movimentos, expressões faciais, entonação da voz e silêncio	Atentar para linguagem verbal e não verbal
Planejamento de um futuro diferente (Exploração em profundidade)	<ul style="list-style-type: none">- Auxílio para explorar pensamentos e sentimentos sobre a mudança de comportamento- Encorajamento para fazer escolhas saudáveis mediante apoio para que se sinta apto/a a fazê-las por si mesmo/a- Encorajamento para elaborar o problema, motivando a identificar e discutir mudanças	<ul style="list-style-type: none">- Escuta empática- Pontuação e recapitulação: <i>Então você está dizendo que deseja reduzir peso? Isso traria quais benefícios para você?</i>- Aprofundar pontos-chaves da fala: <i>Então, você diz querer reduzir peso para ter disposição para brincar com seus filhos, como é isso para você?</i>
Preparação para Ação	<ul style="list-style-type: none">- Fase de ansiedade para o/a usuário/a que, na maioria das vezes, espera uma ação prescritiva e não ser levado/a à reflexão e tomada de decisões sobre seu autocuidado- Motivação para o protagonismo do/a usuário/a em suas escolhas e mudanças	<ul style="list-style-type: none">- Pontuação ou recapitulação: <i>Então, você está dizendo que aumentar o consumo de alimentos in natura, como frutas, verduras e legumes, seria mais fácil neste momento?</i>- Encorajar: <i>Você está motivado/a a cuidar de si e isso é muito bom!</i>- Identificar fontes de apoio: <i>Como posso ajudá-lo/la? Onde você poderia buscar apoio?</i>

Fonte: Rodrigues *et al.*, 2005; Diez-Garcia; Cervato-Mancuso, 2011; Wharton *et al.*, 2020.

Já o **Plano Alimentar** é restrito a situações específicas, mesmo para pessoas com prontidão para reduzir peso. Entre essas situações está quando há dificuldades para implementar orientações alimentares básicas ou quando a rotina e/ou condição de saúde demandam maior organização de horários e refeições. O **Plano Alimentar** pode ser quantitativo ou qualitativo.

O **Plano Alimentar Quantitativo** envolve o cálculo detalhado dos alimentos e bebidas consumidos, segundo as necessidades nutricionais recomendadas. Já o **Plano Alimentar Qualitativo** objetiva apresentar ao/a usuário/a uma forma de organizar horários e refeições, e não implica no cálculo de nutrientes. O **Plano Alimentar Qualitativo** não substitui o **Quantitativo**, sendo uma estratégia alternativa para o planejamento alimentar.

Na construção do Plano Alimentar, independente do tipo, devem ser observados alguns aspectos importantes (**Quadro 7.4**). Ademais, é imprescindível que seja construído em conjunto com o/a usuário/a e baseado no seu consumo alimentar. Dessa forma, deve

ser personalizado, uma vez que cada pessoa possui especificidades biológicas, culturais e sociais; e preferências.

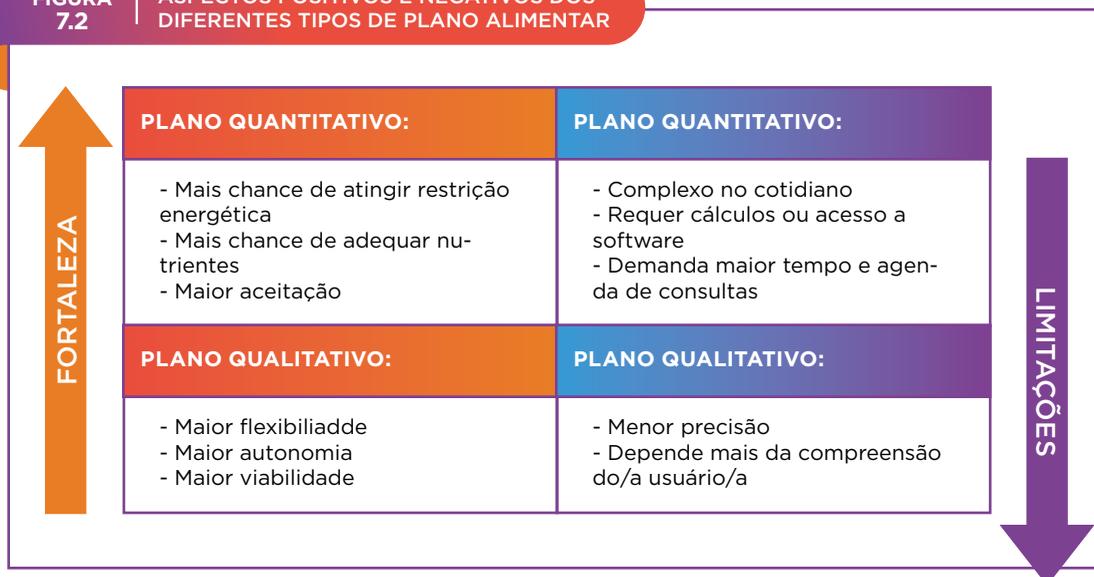
QUADRO 7.4 | ASPECTOS IMPORTANTES NA CONSTRUÇÃO DO PLANO ALIMENTAR

O QUE NÃO FAZER NO PLANO ALIMENTAR	O QUE FAZER NO PLANO ALIMENTAR
<ul style="list-style-type: none"> - Incluir restrições alimentares severas de grupos alimentares e/ou alimentos - Ignorar a importância e significado afetivo/cultural dos alimentos - Calcular consumo energético abaixo da Taxa de Metabolismo Basal do/a usuário/a - Utilizar proposta padronizada de plano para diferentes usuários/as - Realizar prescrições sem evidências científicas 	<ul style="list-style-type: none"> - Construir em conjunto com usuário/a conforme: rotina, hábitos, preferências e cultura alimentar, etc. - Contemplar diversidade alimentar e regularidade das refeições - Considerar condições sociais e econômicas - Basear no Guia Alimentar e no Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas para Sobrepeso e Obesidade em Adultos - Assegurar redução de energia que possibilite redução do peso

Fonte: elaborado pelas autoras.

Vários fatores influenciam na escolha pelo Plano Alimentar Quantitativo ou Qualitativo (**Figura 7.2**). Cabe a você identificar o que é possível em sua realidade de trabalho, sempre alinhado às necessidades do/a usuário/a. No entanto, se optar pelo Plano Quantitativo, a tradução para o/a usuário/a deverá ser sempre realizada em alimentos, e nunca em nutrientes.

FIGURA 7.2 | ASPECTOS POSITIVOS E NEGATIVOS DOS DIFERENTES TIPOS DE PLANO ALIMENTAR



Fonte: elaborado pelas autoras.



Veja no **Quadro 7.5** sugestões de mudanças na alimentação preconizadas pelo PCDT do Sobrepeso e Obesidade em Adultos de acordo com o tipo de Plano Alimentar.

QUADRO 7.5 | MUDANÇA NA ALIMENTAÇÃO PARA MANEJO DA OBESIDADE SEGUNDO O TIPO DE PLANO ALIMENTAR

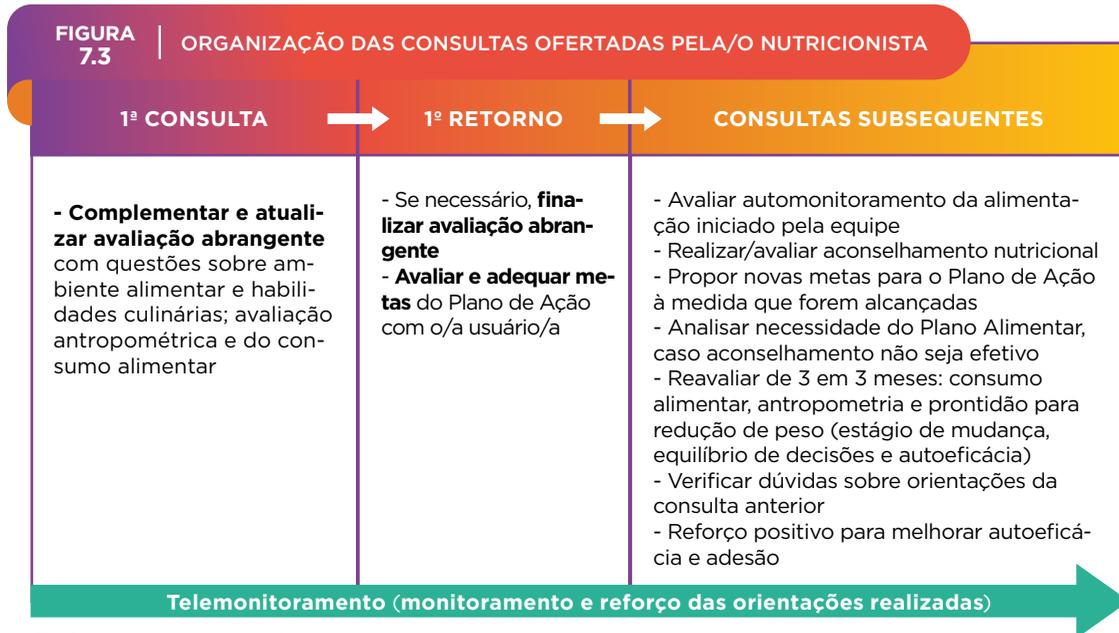
Mudanças	Plano Alimentar Quantitativo	Plano Alimentar Qualitativo
Restrição calórica	Limitar consumo energético em 500 a 1.000 kcal do gasto energético estimado	Excluir alimentos e reduzir quantidades
Refeições	Estabelecer número de refeições: pelo menos 3 ao dia, em horários regulares	Estabelecer número e horários de refeições ou orientar os intervalos entre as refeições
Tipo de alimentos	Orientar quantidades de porções de grupos alimentares por refeição visando: - Aumentar consumo de alimentos in natura e minimamente processados; reduzir alimentos processados; e evitar alimentos ultraprocessados - Privilegiar preparações culinárias - Reduzir quantidades de ingredientes culinários processados - Substituir bebidas adoçadas por água	Orientar alimentos e combinações por refeição para atingir quantidade de energia e nutrientes: - Aumentar consumo de alimentos in natura e minimamente processados; reduzir de alimentos processados; e evitar alimentos ultraprocessados - Preferir preparações culinárias - Usar pequenas quantidades de ingredientes culinários processados - Substituir bebidas adoçadas por água
Substitutos	Orientar no Plano Alimentar ou em lista de substituição de alimentos	Orientar no Plano Alimentar ou em lista de substituição de alimentos
Porção	Estabelecer tamanho das porções em medidas caseiras	Orientar sobre proporção dos grupos alimentares no prato e ao longo do dia

Fonte: elaborado pelas autoras.

7.3 Organização de acompanhamento nutricional individual

A atenção nutricional individual deve ser organizada longitudinalmente a partir das Abordagens Básica ou Intensiva (**Capítulo 6**). Isso significa que não se esgota em um encontro e não deve ser conduzida de maneira densa e com informações excessivas (Brasil, 2014b).

A **Figura 7.3** traz uma sugestão para organização das consultas com o/a nutricionista. Na sequência, está o detalhamento de atividades que podem ser realizadas nessas consultas.



Fonte: elaborado pelas autoras.



7.3.1 Primeira consulta e primeiro retorno

A primeira consulta é decisiva para a construção do vínculo e para que o/a usuário/a se sinta respeitado/a e confiante quanto à conduta profissional. É crucial que o “escutar” prepondere ao “falar” do/a profissional, evitando o domínio do espaço terapêutico. É importante desenvolver habilidades de comunicação para abordar a obesidade e o/a usuário/a de forma contextualizada e sensível, integrando as perspectivas dele/a ao tratamento. Também, é importante o respeito à diversidade para manter uma relação construtiva (Alberga *et al.*, 2019; Anderson; Wadden, 2004; Forhan *et al.*, 2013; Wadden *et al.*, 2000). Afinal, nunca é demais insistir na importância de escutá-lo/a de forma empática sobre suas práticas e dificuldades.

A primeira consulta deve incluir a avaliação abrangente do/a usuário/a (**Figura 7.3**), atentando-se para consultar previamente as informações no prontuário para evitar repetições. Como o processo de avaliação abrangente pode demandar um tempo maior, pode ser finalizado no primeiro retorno, dessa forma, tem-se tempo também para abordar o Plano de Ação na primeira consulta. Para isso, não se esqueça de consultar previamente o Plano de Ação construído com a equipe para resgatar e avaliar as metas pactuadas. Caso usuário/a não tenha um Plano de Ação, a sua construção pode ser realizada na primeira consulta ou no retorno.

Sugere-se que, na primeira consulta e no retorno sejam abordados apenas princípios e orientações básicas para uma alimentação adequada e saudável que contribua para a redução do peso. O excesso de intervenções e informações técnicas na primeira consulta pode prejudicar a escuta qualificada e a compreensão das demandas do/a usuário/a, e desestimulá-lo/la para o retorno. Ademais, em muitos casos, apenas o aconselhamento nutricional é suficiente para gerar reflexos positivos na qualidade de vida (Brasil, 2014b).

7.3.2 Consultas subsequentes

Após a avaliação inicial, tem-se um tempo maior para detalhar o cuidado nutricional e dar continuidade às orientações alimentares. O **Quadro 7.6** apresenta exemplos de orientações a partir dos Dez passos para Alimentação Adequada e Saudável, propostos pelo Guia Alimentar, e do PCDT para Sobrepeso e Obesidade em Adultos.

O número de orientações ofertadas deve ser baseado nas características do/a usuário/a, devendo-se evitar muitas orientações de uma única vez. Para isso, é importante que profissional e usuário/a definam qual será foco do acompanhamento nutricional e prioridades de intervenção.

QUADRO 7.6 | SUGESTÕES DE ORIENTAÇÕES NUTRICIONAIS PARA O MANEJO DA OBESIDADE

Passos para alimentação adequada e saudável	Sugestões de como orientar
Faça de alimentos in natura ou minimamente processados a base de sua alimentação	<ul style="list-style-type: none"> - Você já pensou sobre aumentar a quantidade das frutas, verduras, legumes e feijão que consome em seu dia a dia? - Isso seria possível na sua rotina? Como poderia ser feito?
Utilize óleos, gorduras, sal e açúcar em pequenas quantidades ao temperar e cozinhar alimentos e fazer preparações culinárias	<ul style="list-style-type: none"> - Você considera possível reduzir a quantidade de _____ (sal, açúcar ou gordura) que você utiliza no preparo dos alimentos? - Como você acha que isso poderia ser feito? - Como posso te ajudar nisso?
Limite o uso de alimentos processados	<ul style="list-style-type: none"> - Você costuma usar alimentos processados, como enlatados de milho verde, ervilha, doces em calda ou conservas de legumes? Com qual frequência? - Você acha possível se organizar para usar esses alimentos apenas como ingredientes de preparações culinárias? Ou mesmo, quando possível, usar suas versões mais naturais?
Evite alimentos ultraprocessados	<ul style="list-style-type: none"> - O que você sabe sobre alimentos ultraprocessados? - Quais são os alimentos ultraprocessados que você consome com maior frequência? - Você costuma ler os rótulos dos alimentos? Como você faz isso? - Você acha possível substituir esses alimentos ultraprocessados que você costuma comer por alimentos in natura e minimamente processados, como frutas, verduras e legumes, leite e carne fresca? Como isso pode ser feito? - Você acha possível reduzir o consumo de bebidas adoçadas no seu dia a dia? Elas poderiam ser substituídas pela água.



Comer com regularidade e atenção, em ambientes apropriados e, sempre que possível, com companhia	<ul style="list-style-type: none">- Você acha possível escolher um local tranquilo e limpo para fazer as refeições?- É possível você evitar comer em frente à TV, utilizando computador ou telefone?- Você acha possível organizar-se para comer em companhia da sua família ou de colegas de trabalho? Isso pode ajudar a comer mais devagar e a espalhar-se.- É importante evitar “beliscar” alimentos nos intervalos das refeições. Isso faz a gente comer mais do que deveria. Estabelecer horários para alimentação pode ajudar no controle da fome. Quais seriam para você os horários ideais para se alimentar? Seria possível você ter horários regulares para realizar as refeições?
Faça suas compras em locais que tenham uma grande variedade de alimentos in natura e minimamente processados	<ul style="list-style-type: none">- Você identifica algum lugar próximo da sua casa ou no caminho do trabalho que vende alimentos in natura com qualidade e custo acessível?- Sempre que possível é importante dar preferência a alimentos orgânicos e de base agroecológica, produzidos localmente. Você sabe a diferença entre os alimentos orgânicos e agroecológicos da agricultura convencional?- O que acha de participar de uma horta comunitária? Além de auxiliar na alimentação, possibilita a prática de atividade física e é uma forma de conhecer novas pessoas. Afinal, atividades coletivas ampliam nossa rede de convivência.- Você sabia que é possível fazer uma horta em pequenos espaços, mesmo em apartamento? É uma forma de ter alimentos in natura de baixo custo e também de envolver a família em uma atividade. Isso ajudará você a ter alimentos, temperos frescos, um ótimo estímulo para alimentação saudável.
Desenvolver, exercitar e partilhar habilidades culinárias	<ul style="list-style-type: none">- Como seria para você tentar cozinhar mais para evitar consumo de comida pronta?- Como você pode aprimorar suas habilidades na cozinha?- Você costuma compartilhar receitas? Sabia que você pode também buscar receitas em livros e na internet? Para cozinhar melhor e mais rápido é importante praticar! Quanto mais prática na cozinha, menor é o tempo gasto para preparar os alimentos. Isso ajuda a ter preparações mais saudáveis, saborosas e baratas.- Como seria para você se envolvesse todos da casa no preparo dos alimentos? Como isso te ajudaria? Como poderia ser feito?
Planeje seu tempo para dar a alimentação o espaço que ela merece	<ul style="list-style-type: none">- O que você acha de planejar o cardápio da semana com antecedência? Com ele você pode fazer a lista de compras e organizar a despensa da sua casa. Assim, você economiza tempo e poderá ter uma alimentação mais saudável.- Para ganhar tempo na cozinha, frutas, legumes e verduras podem ser higienizados e secos com antecedência. Você pode também congelar alimentos, como arroz, feijão e carnes para utilizar nas preparações ao longo da semana.- Ah, é sempre importante que todos da casa estejam envolvidos nas atividades domésticas, afinal todos se alimentam, certo? Na sua casa, vocês dividem as tarefas? Isto é importante para que todos/as tenham tempo para cuidar de si e da família.

<p>Ao comer fora, prefira locais que façam a comida na hora</p>	<ul style="list-style-type: none">- Restaurantes de comida a quilo, cozinhas comunitárias e restaurantes populares são boas alternativas para realizar as refeições. Você gasta menos, tem maior variedade de alimentos preparados na hora e ainda evita os restaurantes do tipo fast food que servem uma alimentação nada saudável. Consegue identificar algum restaurante assim próximo de você?- Você considera viável levar o lanche/refeição de casa para o trabalho ou escola? Como você pode se organizar para isto? Como eu poderia ajudar nisso?
<p>Ser crítico/a quanto a informações, orientações e mensagens sobre alimentação veiculadas em propagandas comerciais</p>	<ul style="list-style-type: none">- Há muitas informações sobre alimentação e saúde na TV, rádio, revistas e internet, mas poucas são confiáveis, você sabia? É sempre importante buscar fontes confiáveis de informação para esclarecer suas dúvidas. Procure os/as profissionais da Unidade de Saúde, traga suas dúvidas nas consultas. Outra forma é buscar materiais do Ministério da Saúde para te ajudar.- É preciso ter atenção e cuidado com as propagandas de alimentos. Você já observou que para estimular o desejo de compra, principalmente em crianças e adolescentes, várias propagandas oferecem brindes, promoções e embalagens atrativas? E nem sempre são produtos saudáveis. Por isso, fique atento/a ao tipo de alimento que você compra, evitando sempre os ultraprocessados.

Fonte: adaptado de BRASIL, 2014c.

Em todas as consultas, o/a usuário/a deve encontrar espaço para sanar suas dúvidas visando favorecer seus conhecimentos em saúde e sua autonomia para escolhas alimentares saudáveis. Ao final de cada atendimento, o/a profissional deve questionar o entendimento do/a usuário/a sobre as orientações ofertadas, elucidando com exemplos as dúvidas apresentadas. É interessante que novos conceitos sejam introduzidos à medida que o tratamento evolui, sempre pautados em evidências científicas e com capacidade para promover a crítica do/a usuário/a quanto às informações sobre alimentação e nutrição (Brasil, 2014c). No caso de ter sido ofertado o Plano Alimentar, recomenda-se que seja revisto conforme a evolução do/a usuário/a no tratamento, despertando a sua autonomia para o autocuidado nutricional

É crucial que, ao longo do acompanhamento nutricional, o/a usuário/a seja motivado/a a desenvolver a autonomia para o autocuidado. O/A nutricionista deve apoiá-lo/la neste processo mediante a construção conjunta de conhecimentos, da organização do cuidado e de estratégias que o/a incentivem e capacitem, disponibilizando ferramentas que favoreçam a implementação das metas pactuadas. Nesse sentido, trabalhar o incentivo às habilidades culinárias e a leitura de rótulos dos alimentos é importante.

O Guia Alimentar mostra como o enfraquecimento da transmissão das habilidades culinárias entre as gerações tem favorecido o consumo de alimentos ultraprocessados. Progressivamente, é observado o crescimento de pessoas mais jovens que se sentem pouco capazes e autônomas para cozinhar. Paralelamente, alegam falta de tempo, o que também pode ser consequência da redução das habilidades culinárias (Brasil, 2014c). É importante motivar o desenvolvimento e aprimoramento de habilidades culinárias como possibilidade de emancipação e de autonomia (**Box 7.1**).

**BOX
7.1****ESTRATÉGIAS PARA MOTIVAR O DESENVOLVIMENTO
DE HABILIDADES CULINÁRIAS**

- Trabalhar a importância do ato de cozinhar
- Ofertar opções de receitas fáceis, saudáveis e de acordo com os hábitos e a cultura do/a usuário/a
- Trabalhar com receitas ou experiências culinárias do/a próprio/a usuário/a. Discutir os ingredientes culinários utilizados, prazer em realizar a preparação e as dificuldades e facilidades do processo
- Resgatar o passado e o presente cultural culinário das pessoas, tradições regionais (se houver) e das famílias, valorizando-as para assim construir aproximações positivas com o ato de cozinhar
- Evocar memórias olfativas, gustativas e tácteis positivas, fazendo que essas lembranças se transformem em vontade de reconstruir o passado histórico alimentar (ex.: lembrar comidas da infância e da adolescência)
- Criar um mural na Unidade de Saúde com receitas trazidas pelos/as usuários/as, com autorização prévia. Eles/as se sentirão valorizados/as, e é uma forma de troca de informações e receitas
- Motivar a elaboração de preparações culinárias com alimentos in natura (frutas, verduras e legumes) da época por serem mais saudáveis e com menor preço
- Motivar aqueles/as que relatam não ter habilidades culinárias a adquiri-las. Orientar a procurar receitas, trocar informações com pessoas que possuem habilidades, e sempre que possível cozinhar em companhia
- Realizar oficinas culinárias na Unidade de Saúde e no território
- Fornecer apoio técnico-pedagógico para a equipe de saúde, assim todos/as podem reforçar as condutas realizadas que visam promover o ato de cozinhar

Fonte: adaptado de Brasil, 2014c.

PARA SABER MAIS**SOBRE COZINHAR:**

BRASIL. Ministério da Saúde; UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. **Na cozinha com as frutas, legumes e verduras**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. 116 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Alimentos regionais brasileiros**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015b. 484 p.

DIEZ-GARCIA, R. W.; CASTRO, I. R. R. A culinária como objeto de estudo e de intervenção no campo da Alimentação e Nutrição. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 91-98, jan. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000100013&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 nov. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000100013>.

Outra estratégia que pode favorecer a autonomia para escolhas alimentares saudáveis é a leitura e interpretação dos rótulos dos alimentos, que pode, inclusive, contribuir para a redução do consumo de alimentos ultraprocessados. Veja no **Box 7.2** orientações nesse sentido.

BOX
7.2

ORIENTAÇÕES QUANTO A ROTULAGEM
NUTRICIONAL DOS ALIMENTOS

- **Rotulagem nutricional frontal:** identificar na parte superior frontal da embalagem se o alimento possui teor excessivo de açúcares adicionados, gorduras saturadas e sódio. Mas, não se esqueça de reforçar que evitem o consumo de alimentos ultraprocessados.
- **Lista de ingredientes:** itens que compõem o alimento estão organizados em ordem decrescente de quantidades, ou seja, o primeiro ingrediente é aquele que está em maior quantidade. Ex.: pão que possui “farinha de trigo fortificada com ferro e ácido fólico” como primeiro ingrediente da lista e “farinha de trigo integral”. Dessa forma, concluímos que possui mais farinha de trigo branca do que integral. Ler a lista de ingredientes é uma das maneiras mais fáceis de identificar um alimento ultraprocessado. São exclusivos dos ultraprocessados a presença de substâncias alimentares de nenhum ou raro uso culinário (açúcar invertido, frutose, xarope de milho, glúten, fibra solúvel ou insolúvel, maltodextrina, proteína isolada de soja, óleo interesterificado) e ou de aditivos cosméticos alimentares (corantes, aromatizantes, realçadores de sabor, emulsificantes, espessantes, adoçantes).
- **Presença de açúcar:** diferentes nomenclaturas podem indicar a presença de açúcar nos produtos: sacarose, lactose, glicose, xarope de glicose, açúcar invertido, maltodextrina, dextrose, etc. Também é importante orientar quanto à escolha de produtos com menor teor de açúcares totais e adicionais, informações que obrigatoriamente serão listadas nas novas tabelas de informação nutricional.
- **Calorias não define qualidade do produto:** produtos de baixo valor energético nem sempre apresentam melhor qualidade nutricional. Ex.: 1 copo de leite é mais calórico do que 1 copo de refrigerante diet, porém a qualidade nutricional do leite é bastante superior ao refrigerante.
- **Alimentos diet/light:** alimentos diet são destinados à alimentação com restrição de algum nutriente, não necessariamente o açúcar. Já os light, possuem redução de algum componente ou valor energético. Mas, a redução ou restrição de um ingrediente ou nutriente não torna um alimento ultraprocessado saudável. Ex.: alimentos que alegam ter quantidade baixa de gorduras totais podem ter grande quantidade de açúcar e sódio, além de aromatizantes, conservantes e corantes. Como todo alimento ultraprocessado, os diets e light devem ser evitados.
- **Alegação nutricional:** expressões como “fonte de”, “reduzido em”, “não contém” são utilizadas pela indústria para vender seus produtos. Todas estas informações não fazem do alimento ultraprocessado. Uma opção melhor do que os alimentos in natura ou minimamente processados.

Fonte: adaptado de Umpierre *et al.*, 2017; Brasil, 2014c, 2020b.

São muitos os desafios para o cuidado da pessoa com obesidade; entretanto, um bom trabalho em equipe com o apoio técnico-pedagógico e assistencial do/a nutricionista é um diferencial importante. Dessa forma, encerramos o capítulo lembrando a você, nutricionista, que como parte da equipe, o seu trabalho é essencial para reestruturar o manejo da obesidade.

MENSAGENS CENTRAIS DO CAPÍTULO.

- Nutricionista é uma categoria profissional importante da equipe interdisciplinar no cuidado da pessoa com obesidade, contribuindo com o suporte técnico-pedagógico e assistencial
- São passos sugeridos para o acompanhamento nutricional individual: 1) Acolhimento das demandas e histórico do/a usuário/a, 2) Avaliação nutricional, 3) Avaliação das necessidades energéticas e de nutrientes, 4) Planejamento alimentar
- Acompanhamento nutricional pode ser realizado a partir de três abordagens: Aconselhamento Nutricional com Orientação Alimentar, Plano Alimentar Quantitativo e Plano Alimentar Qualitativo. A melhor estratégia dependerá das características do/a usuário/a e da organização do serviço de saúde
- Conduta nutricional para o cuidado da pessoa com obesidade deve estar em consonância com o Guia Alimentar para a População Brasileira e com o Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas de Sobrepeso e Obesidade em Adultos
- Cuidado nutricional deve promover a autonomia do/a usuário/a. Para isso, é importante incentivar o desenvolvimento e aprimoramento das habilidades culinárias, e a leitura dos rótulos de alimentos, entre outras atividades.



REFERÊNCIAS

ABETE, I; PARRA, M. D; A ZULET, M.; A MARTÍNEZ, J.. Different dietary strategies for weight loss in obesity: role of energy and macronutrient content. **Nutrition Research Reviews**, v. 19, n. 1, p. 5-17, jun. 2006. DOI: <http://dx.doi.org/10.1079/nrr2006112>.

AGENCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **RDC nº 429, de 8 de outubro de 2020**. Dispõe sobre a rotulagem nutricional dos alimentos embalados. Brasília, DF: Anvisa, 2020b.

ALBERGA, A. S. *et al.* Weight bias and health care utilization: a scoping review. **Prim. Health Care. Res. Dev.**, v. 20, e116, 2019.

ANDERSON D. A.; WADDEN T. A. Bariatric surgery patients' views of their physicians' weight-related attitudes and practices. **Obes. Res.**, v. 12, p. 1587-1595, 2004.

BEEKEN, R J. *et al.* A brief intervention for weight control based on habit-formation theory delivered through primary care: results from a randomised controlled trial. **International Journal Of Obesity**, v. 41, n. 2, p. 246-254, nov, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Instrutivo de Abordagem Coletiva para Manejo da Obesidade no Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. 145 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. **Relatório de Recomendação. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Sobrepeso e Obesidade em adultos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020a. 350 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015a. 33 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014a. 116 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014b. 212 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 38).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia Alimentar para a População Brasileira**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014c. 156 p.

DIEZ-GARCIA, R. W.; CERVATO-MANCUSO, A. M. (org.). **Mudanças alimentares e educação nutricional**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

DUARTE, A. C. **Síndrome metabólica**: semiologia, bioquímica e prescrição nutricional. Rio de Janeiro: Axcel Books do Brasil, 2005.

FORHAN, M. *et al.* Contributors to patient engagement in primary health care: perceptions of patients with obesity. **Prim Health Care Res Dev**, v. 14, p. 367-372, 2013.

INSTITUTE OF MEDICINE. FOOD AND NUTRITION BOARD. **Nutrient Recommendations**: Dietary Reference Intakes (DRI). 2019. Disponível em: https://ods.od.nih.gov/HealthInformation/Dietary_Reference_Intakes.aspx. Acesso em: 19 nov. 2020.

HANSEN, Thea Toft; ASTRUP, Arne; SJÖDIN, Anders. Are Dietary Proteins the Key to Successful Body Weight Management? A Systematic Review and Meta-Analysis of Studies Assessing Body Weight Outcomes after Interventions with Increased Dietary Protein. **Nutrients**, v. 13, n. 9, p. 3193, 14 set. 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.3390/nu13093193>.

MENEZES, M. C. *et al.* Avaliação do consumo alimentar e de nutrientes no contexto da Atenção Primária à Saúde. **CERES: Nutrição & Saúde**, v. 6, n. 3, p. 175-190, mar. 2011. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/ceres/article/view/2164>. Acesso em: 19 nov. 2020.

RODRIGUES, E. M. *et al.* Resgate do conceito de aconselhamento no contexto do atendimento nutricional. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 1, n. 18, p. 119-128, jan. 2005.

UMPIERRE, R. N. *et al.* **Alimentação e nutrição na Atenção Primária à Saúde**. Porto Alegre: UFRGS, 2017. 197 p.

UNIVERSIDADE DE CAMPINAS. **Tabela brasileira de composição de alimentos**. 4. ed. rev. e ampl. Campinas: NEPA- UNICAMP, 2011.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Faculdade de Saúde Pública. Grupo de Pesquisa de Avaliação do Consumo Alimentar. **Manual de avaliação do consumo alimentar em estudos populacionais**: a experiência do inquérito de saúde em São Paulo (ISA). São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 2012. 197 p.

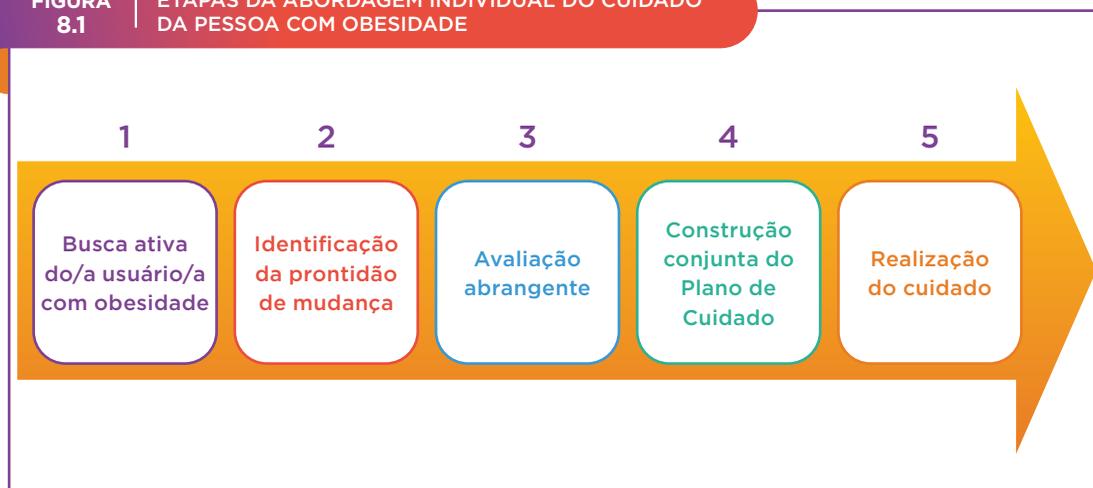
WADDEN, T.A. *et al.* Obese women's perceptions of their physicians' weight management attitudes and practices. **Arch. Fam. Med.**, v. 9, p.854-860, 2000.

WHARTON, S. *et al.* Obesity in adults: a clinical practice guideline. **CMAJ**, n. 192, p. E875-E891, 2020.

ESTUDOS DE CASO SOBRE A ABORDAGEM INDIVIDUAL DA PESSOA COM OBESIDADE

Como visto, existem diferentes ferramentas que podem auxiliar na abordagem individual da pessoa com obesidade. E para apoiar você na utilização dessas ferramentas, neste capítulo apresentamos a prática da abordagem individual a partir de estudos de caso. Para isso, seguimos as etapas da abordagem individual preconizadas no **Capítulo 6** do Instrutivo (**Figura 8.1**).

FIGURA 8.1 | ETAPAS DA ABORDAGEM INDIVIDUAL DO CUIDADO DA PESSOA COM OBESIDADE



Fonte: elaborado pelas autoras.

No Estudo de caso 1 (**Figura 8.2**), apresentamos Maria da Conceição. Ela possui 65 anos e está em acompanhamento para tratamento da obesidade há um ano com equipe de Saúde da Família (eSF) da Unidade Básica de Saúde (UBS) Ribeirão Branco. Foi diagnosticada com diabetes *mellitus* há 10 anos, teve um acidente vascular encefálico há 4 anos e apresenta sinais de neuropatia diabética. Está no estágio de ação e com elevada autoeficácia para redução peso.

O caso foi discutido na reunião de matriciamento com a equipe multiprofissional e optou-se pela Abordagem Básica. Frente às suas demandas, foram discutidos o tratamento medicamentoso e o estímulo para prática de atividade física. E, devido às dificuldades para adesão ao cuidado nutricional, decidiu-se por encaminhá-la para a nutricionista para que seja a profissional de referência no cuidado.

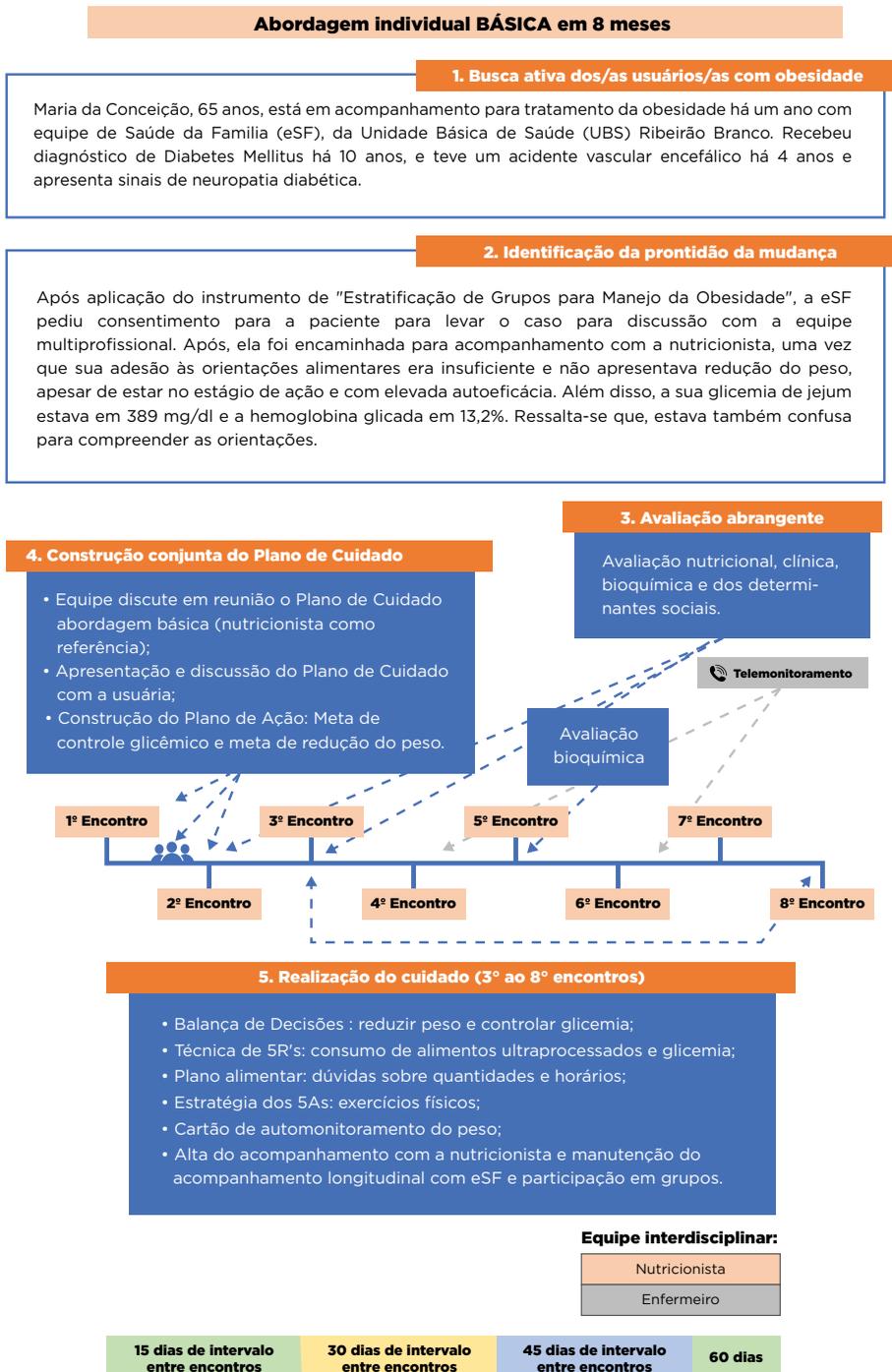
A nutricionista complementou a avaliação abrangente na primeira consulta e finalizou no retorno. Dividir a avaliação em dois momentos favorece a escuta qualificada e o vínculo. Nos atendimentos, trabalhou-se com a balança de decisões (pág. 115) tendo como focos a redução do peso e o controle a glicemia. Na primeira consulta, também construíram um Plano de Ação.

A nutricionista, em acordo com Maria, realizou o aconselhamento nutricional com orientações alimentares relativas à meta elencada por ela como prioritária: controle glicêmico. Para isso, utilizou a técnica dos 5R's (pág. 114) para orientar a redução do consumo de alimentos refinados e o aumento de alimentos ricos em fibras. Essa forma de orientar pode trazer bons resultados por ser pautada no diálogo e na construção conjunta do tratamento. Mas, ainda assim, Maria não apresentou adesão às orientações, apresentando-se confusa e esquecida.

Em nova reunião de matriciamento, a equipe levantou a possibilidade da construção de um Plano Alimentar. O/A profissional de saúde deve ficar atento a essas situações, principalmente com pessoas idosas, com menor nível de escolaridade e que possuam alteração cognitiva. Nesses casos, construir juntos um Plano Alimentar Qualitativo pode auxiliar na organização das refeições e dos horários. Porém, como Maria apresentava um quadro clínico que demandava controle criterioso do consumo de nutrientes foi necessário o Plano Alimentar Quantitativo. Planos Alimentares devem ser construídos em conjunto com o/a usuário/a visando atender seus hábitos e possibilidades de cuidado, e revisto periodicamente para acompanhar a evolução.



Figura 8.2 - Estudo de caso: Abordagem Individual Básica na Atenção Primária à Saúde.



Fonte: elaborado pelas autoras.

Ao final da oitava consulta com a nutricionista, Maria alcançou o controle glicêmico, apesar de ainda estar com a hemoglobina glicada acima do parâmetro recomendado, mas com redução contínua. Compreender a melhor distribuição dos alimentos ao longo do dia com o Plano Alimentar Quantitativo favoreceu a organização da estratégia alimentar, refletindo também na redução do seu peso. Nos demais atendimentos, a prática regular de exercício físico para o controle do peso e da glicemia foi trabalhada a partir da estratégia dos 5As (pág. 131). Além disso, como ela estava menos confusa e mais motivada para o tratamento, foi introduzido o automonitoramento mensal do peso e da prática de exercício físico (pág. 127).

Não necessariamente, todas as pessoas precisarão passar por todas essas estratégias. Algumas se beneficiarão apenas do Aconselhamento Nutricional com orientações alimentares, por exemplo. Por isso, a equipe deve estar atenta às características individuais, a prontidão de mudança e aos resultados alcançados ao longo do acompanhamento para conduzir o cuidado.

Maria reduziu 7% do peso durante 8 meses de acompanhamento individual, obtendo alta do atendimento nutricional, com orientações específicas para o seu caso (pág. 139). Manteve o acompanhamento longitudinal com a eSF e a participação em grupos da unidade.

No **Estudo de caso 2 (Figura 8.3)**, apresentamos a Geralda, 55 anos de idade, e com baixa adesão aos grupos de obesidade realizados pela eSF, conforme informado pelo/a Agente Comunitário de Saúde. Ela não apresentou prontidão para redução do peso, estando em contemplação e com baixa autoeficácia. Em acordo com a **Estratégia de Cuidado da Pessoa com Obesidade no SUS** (pág. 110), ela permaneceu em acompanhamento individual longitudinal e foi encaminhada para o Grupo Motivacional visando ampliar a motivação para o tratamento.

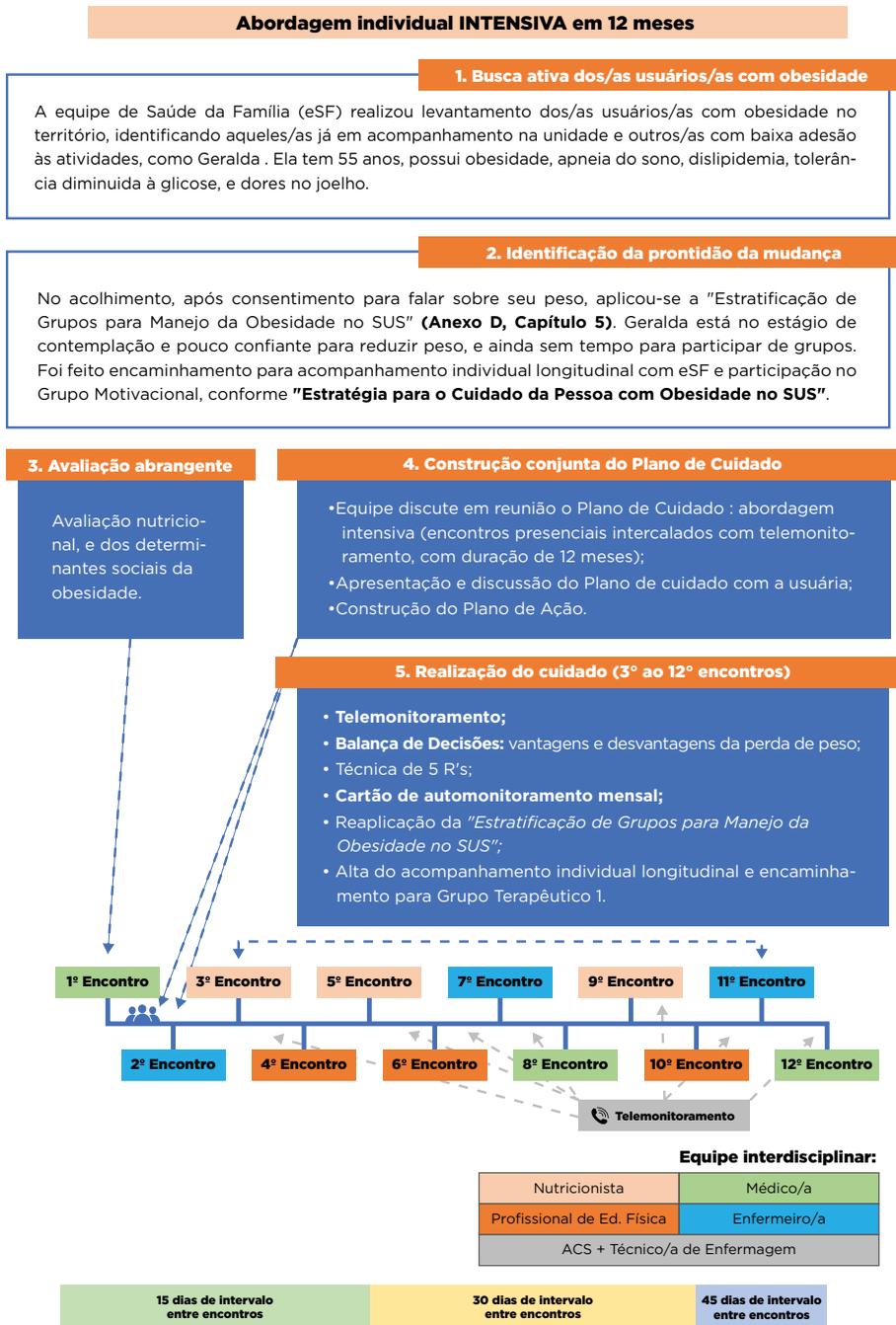
Na avaliação abrangente, os/as profissionais da eSF avaliaram com Geralda as dimensões da SIFE (Sentimentos, Ideias, Funcionamento e Expectativas) em relação à obesidade, além de identificar os determinantes da obesidade e outros problemas de saúde que possui: apneia do sono e alterações de colesterol e glicose. Em reunião de matriciamento, pactuou-se uma Abordagem Intensiva de 12 meses, com consultas presenciais mais longas e com menor intervalo de tempo, além do telemonitoramento visando manter o contato contínuo. Este Plano de Cuidado foi discutido com Geralda, sendo feitos ajustes nos intervalos das consultas.

Nos atendimentos foram propostas reflexões sobre as vantagens e desvantagens de reduzir peso usando a balança de decisões (pág. 115) e sobre o processo de tomada de decisão para redução do peso usando a técnica dos 5R's (pág. 114). Também utilizou-se o cartão de automonitoramento para avaliar a sua adesão ao planejamento para alimentação e prática de atividade física, e confiança para o autocuidado (pág. 127). Foi novamente investigada a prontidão de mudança para redução do peso por meio da aplicação da **Estratificação de Grupos para Manejo da Obesidade no SUS** (pág. 189), verificando a evolução de Geralda para o estágio de ação e elevada autoeficácia, sendo, então, encaminhada para o Grupo Terapêutico 1.



Durante o acompanhamento, ela conseguiu realizar algumas mudanças no seu estilo de vida, como a prática regular de atividade física e novos hábitos alimentares, melhorando os exames bioquímicos e reduzindo o peso. Após os 12 meses em Abordagem Intensiva, ela recebeu alta do acompanhamento individual específico para tratamento da obesidade (pág. 139); sendo mantida a sua participação no Grupo Terapêutico 1 e o acompanhamento individual longitudinal com a eSF. Você pode ver mais detalhes sobre o caso no Apêndice A.

Figura 8.3 - Estudo de caso: Abordagem Individual Intensiva na Atenção Primária à Saúde.



Fonte: elaborado pelas autoras.

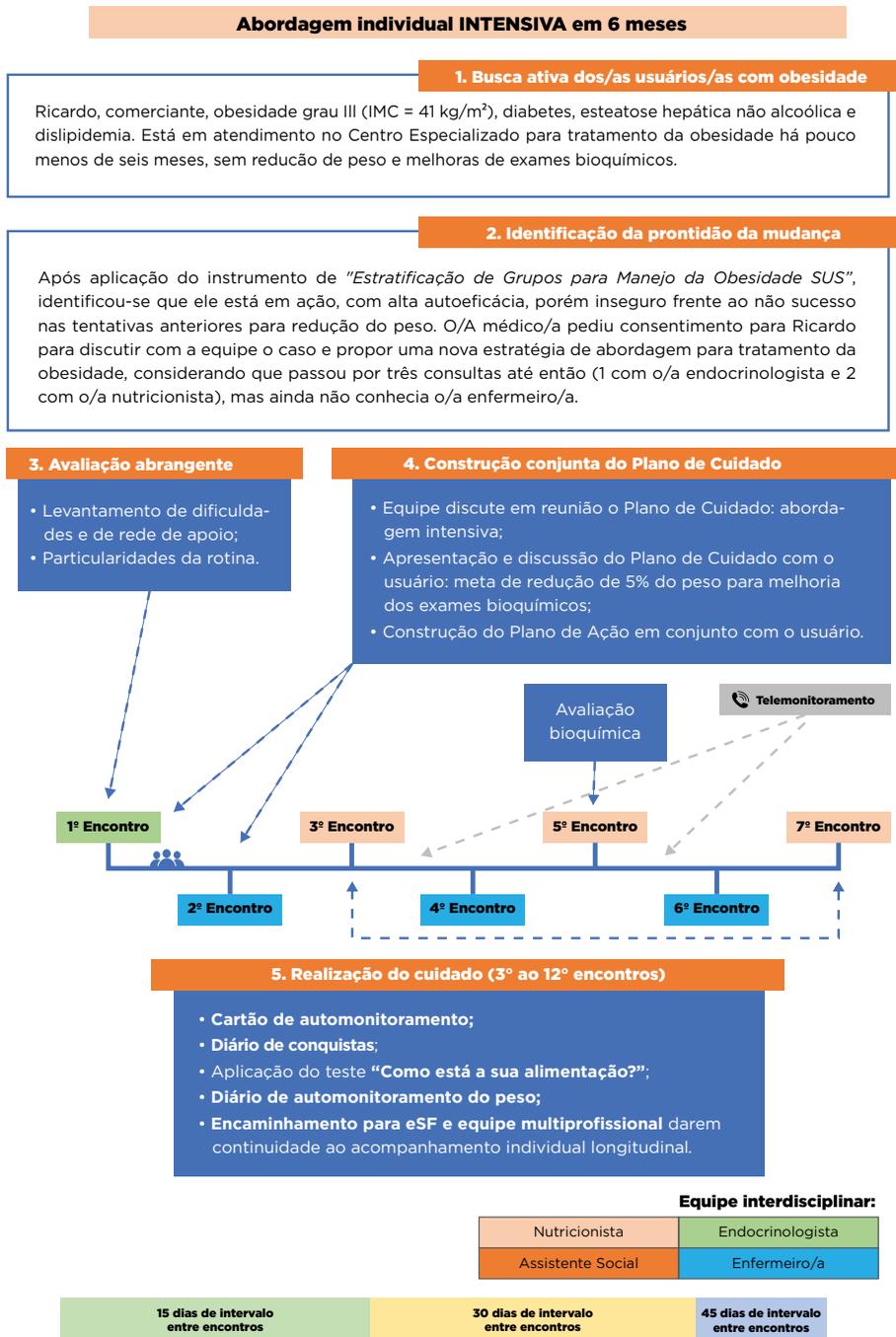


O **Estudo de Caso 3 (Figura 8.4)** se dá no âmbito da Atenção Especializada (AE) com endocrinologista. Ricardo possui obesidade grau III (IMC = 41 kg/m²), diabetes, esteatose hepática não alcoólica e dislipidemia. Está em atendimento no Centro Especializado há pouco menos de seis meses e sem sucesso no tratamento, encontra-se em ação e com alta autoeficácia para reduzir peso.

Na avaliação abrangente, realizou-se nova avaliação dos determinantes da obesidade e condições de saúde. Ricardo passava o dia todo no trabalho, realizava as refeições fora de casa e não tinha tempo para praticar atividade física. Em reunião de equipe do Centro Especializado, os/as profissionais optaram por empregar a Abordagem Intensiva, com inclusão de novas categorias profissionais no cuidado (enfermeiro e nutricionista). Foi discutido o acompanhamento individual com consultas quinzenais no início a partir de um Plano de Cuidado, adaptado para 6 meses, e não 12 meses como proposto para a Abordagem Intensiva, visando adequar à estrutura do Centro Especializado. Este Plano de Cuidado foi discutido e aprovado por Ricardo.

Para auxiliar na adesão às metas acordadas foram utilizadas as ferramentas: cartão de automonitoramento para avaliar a adesão ao planejamento da alimentação e prática de atividade física, e confiança para o autocuidado (pág. 127); diário de conquistas (pág. 116); telemonitoramento; e aplicado o teste “Como está a sua alimentação?”. Além disso, foi orientado o uso de aplicativo para automonitoramento do peso, considerando suas habilidades tecnológicas.

Figura 8.4 - Estudo de caso: Abordagem Individual Intensiva na Atenção Especializada.



Fonte: elaborada pelas autoras.



Ao final de 6 meses, Ricardo alcançou a meta de redução de 5% do peso, além de alcançar melhoria dos parâmetros da esteatose e da dislipidemia. Ele também informou que será possível frequentar a Academia da Saúde antes do seu horário do trabalho. Considerando sua evolução, a eSF e equipe multiprofissional darão continuidade do cuidado a partir da contrarreferência da AE. Como visto, as equipes da Atenção Primária e da AE trabalharam na lógica do cuidado integral em rede visando promover maior resolutividade e favorecer a longitudinalidade do cuidado.

Nos estudos de caso foram utilizadas as ferramentas do **Capítulo 6**, adaptadas à condição simulada da equipe e da Unidade de Saúde; se ficou dúvida, volte no capítulo.

MENSAGENS CENTRAIS DO CAPÍTULO.

Os estudos de caso apresentados buscam colocar em prática a abordagem individual proposta no Instrutivo, que deve ser adaptada à realidade do/a usuário/a, da equipe e do serviço de saúde.

APÊNDICES



Apêndice A – Simulação de caso: Geralda Amaral

ETAPA 1: BUSCA ATIVA DE USUÁRIOS/AS COM OBESIDADE

A equipe de Saúde da Família (eSF) da Unidade Básica de Saúde (UBS) Felicidade realizou levantamento, pelo SISVAN e força tarefa da equipe, dos/as usuários/as com obesidade visando identificar se as demandas de saúde estavam sendo atendidas. A eSF construiu um arquivo com fichas para cada um dos casos identificados e registrou o atendimento no SISAB em prontuário eletrônico.

Foram identificados/as 50 usuários/as com obesidade, sendo que 35 já participavam de grupos para tratamento da obesidade. Outros 15 usuários/as apresentavam baixa adesão ao grupo ou não conseguiam participar, como Geralda Amaral. Ela tem 55 anos, costuma ir até à UBS devido dores no joelho ou para acompanhar o marido, José, 80 anos, que possui diversas doenças crônicas. Ela possui obesidade grau II (IMC=38,5 kg/m²), comorbidades (apneia do sono, dislipidemia e tolerância diminuída à glicose), e sempre se queixa de cansaço.

ETAPA 2: IDENTIFICAÇÃO DA PRONTIDÃO PARA MUDANÇA

No acolhimento, a/o enfermeira/o perguntou para Geralda se poderia falar sobre o seu peso, e após concordar, aplicou o instrumento de **Estratificação de Grupos para Manejo da Obesidade no SUS**. Geralda está no estágio de contemplação e pouco confiante para reduzir peso, relatando não ter tempo para grupos, pois tem muitas tarefas em casa. A/o enfermeira/o realizou o encaminhamento conforme a **Estratégia para o Cuidado da Pessoa com Obesidade no SUS** para que ela fosse atendida pela eSF e participasse do Grupo Motivacional.

Enfermeira/o: *Geralda, segundo os resultados da avaliação que fizemos, a senhora está com obesidade grau II. Avaliamos também a prontidão para reduzir peso para nos ajudar a direcionar o tratamento. Como a senhora não pretende reduzir peso nos próximos 30 dias e relatou dificuldades para essa mudança devido aos cuidados com o seu marido, a senhora foi classificada no estágio de “contemplação”, ou seja, ainda há muitos obstáculos para começar o tratamento da obesidade. Gostaria de convidá-la então para participar de um Grupo Motivacional, ele tem poucos encontros, o que facilita a senhora conciliar com os cuidados do seu marido; além disso, é voltado para pessoas como a senhora. É apenas um encontro por mês nos próximos 3 meses. No grupo vamos discutir os obstáculos enfrentados para cuidar de sua saúde; e nas consultas vamos continuar acompanhando a senhora e falando mais sobre suas dificuldades. O que acha?*

ETAPA 3: AVALIAÇÃO ABRANGENTE

1ª consulta: médica/o

Na consulta, a/o médica/o compartilhou com Geralda a preocupação da equipe com a sua saúde e qualidade de vida. Mencionou a necessidade de identificar os determinantes da apneia do sono, da obesidade e das alterações de colesterol e glicose, além de avaliar as dimensões SIFE (sentimentos, ideias, funcionamento e expectativas) em relação à obesidade.

Médica/o: *Então, Geralda, nossa equipe se reuniu essa semana para pensar em como podemos ajudá-la a cuidar de sua saúde, incluindo as questões do sono, peso, colesterol e diabetes. Parece que tudo isso vem atrapalhando a senhora a dormir, fazer suas tarefas diárias e se sentir bem. Para começar, vamos entender um pouco mais como está a saúde da senhora. Nós já conhecemos os resultados dos seus últimos exames, a/o enfermeira/o já anotou seu peso e os valores da pressão arterial. A senhora poderia me contar mais sobre o seu cansaço? Por que se sente sobrecarregada? Tem muito tempo que a senhora tem esse sentimento?*

Geralda: *Ah, tem um bom tempo sim. Tenho dois filhos, o Lucas e o Paulo. Paulo me ajudava muito, mas casou e foi morar em outra cidade. Desde então, fiquei com todos os cuidados da casa e do José. Há tempos que venho com essa falta de ânimo, cansada, sem a disposição de antes, e muito preocupada com a saúde do José.*

Médica/o: *Entendi, e o quanto e como a falta de ânimo e o cansaço têm preocupado a senhora?*

Geralda: *Sinceramente, fico muito preocupada. Enquanto estou tentando dormir, fico pensando em tudo isso... Se é normal... Aí não durmo, fico ansiosa, aí penso e assim vai.*

Médica/o: *Ah entendi, fica difícil pegar no sono com tanta preocupação. E como tem sido a alimentação?*

Geralda: *Ah! Eu como duas vezes ao dia, porque não dá tempo de fazer mais refeições, é casa para arrumar, é ajudar no banho do José, sair para fazer compras, fazer comida para meu filho levar para o trabalho, e por aí vai. Tem dia que é só café com pão ou biscoito mesmo. O meu problema é tempo! Sei que tenho que comer mais fruta. Mas, nem sempre consigo comprar. A/O enfermeira/o até me encaminhou para um grupo com a nutricionista. Mas, como que participa? Não tenho ninguém pra ficar com o Zé.*

A/o médica/o seguiu com a anamnese e solicitou alguns exames bioquímicos, procurando mostrar para Geralda que compreende que a sua rotina em casa tem dificultado os cuidados com a saúde e participação nas atividades na unidade. Mas, que também é importante ela se cuidar, e que pode contar com o apoio da equipe, inclusive mudarão suas orientações de forma a melhor adaptar à rotina dela e da família. A/o médica/o levou, então, o caso de Geralda para discussão na reunião de matriciamento com a equipe interdisciplinar da unidade.

ETAPA 4: CONSTRUÇÃO CONJUNTA DO PLANO DE CUIDADO

Matriciamento

Na reunião de matriciamento, os/as profissionais discutiram um Plano de Cuidado para Geralda considerando sua rotina diária, o acúmulo de responsabilidades e as dificuldades para aderir ao Grupo Motivacional.

Foi pensado um acompanhamento individual longitudinal, apoiado na Entrevista Motivacional, incluindo encontros presenciais intercalados pela/o médica/o, enfermeira, nutricionista e profissional de Educação Física (**Quadro 1**). O telemonitoramento também foi sugerido para manter o contato contínuo, sendo responsáveis o/a Agente Comunitário de Saúde (ACS) e técnico/a de enfermagem da eSF, com possibilidade da participação de outros/as profissionais. Por seu histórico e ausência de suporte familiar e social, Geralda é uma usuária para Abordagem Intensiva, com consultas mais longas e com menor intervalo de tempo.



Quadro 1 — Planejamento para abordagem individual Intensiva da Geralda

Encontro	Intervalo	Atividades	Profissional
1°	-	Avaliação abrangente para identificar os determinantes sociais de saúde	Médica/o
2°	15 dias	Apresentação da proposta de Plano de Cuidado para discussão e consentimento da usuária	Enfermeira/o
3°	15 dias	Construção da balança de decisões, sensibilização para o autocuidado	Nutricionista
Telemonitoramento		ACS	
4°	15 dias	Reflexão sobre balança de decisões, aplicação da técnica dos 5 R's (Relevância, Riscos, Recomendas, Obstáculos e Repetição) e sensibilização para o autocuidado	Profissional de Educação Física
5°	15 dias	Reflexão sobre a técnica dos 5R's e sensibilização para o autocuidado	Nutricionista
Telemonitoramento		ACS	
6°	30 dias	Reflexão sobre a técnica dos 5R's, sensibilização para o autocuidado e orientação para automonitoramento	Profissional de Educação Física
Telemonitoramento		ACS	
7°	30 dias	Avaliação do automonitoramento e reaplicação da Estratificação de Grupos para Manejo da Obesidade no SUS	Enfermeira/o
Telemonitoramento		Técnico/a de Enfermagem	
8°	30 dias	Aconselhamento nutricional, avaliação do automonitoramento e participação Grupo Terapêutico 1	Médica/o
9°	30 dias	Aconselhamento nutricional e avaliação do automonitoramento	Nutricionista
Telemonitoramento:		Técnico/a de enfermagem	
10°	30 dias	Aconselhamento para prática de atividade física e avaliação do automonitoramento	Profissional de Educação Física
11°	45 dias	Aconselhamento nutricional e para prática de atividade física, e avaliação do automonitoramento	Enfermeira/o
Telemonitoramento:		Técnico/a de enfermagem	
12°	45 dias	Alta do acompanhamento individual, manutenção do Grupo Terapêutico 1 e do acompanhamento longitudinal com eSF	Médica/o
Telemonitoramento:		ACS	

2ª consulta: enfermeira/o

Nesta consulta, a/o enfermeira/o conversou com Geralda sobre a reunião da equipe, informando que eles/as elaboraram um Plano de Cuidado para ser discutido com ela. Em um primeiro momento, eles/as pensaram que seria importante consultas mais frequentes, com aumento progressivo do intervalo de tempo. Todo o Plano de Cuidado foi discutido com a usuária, apresentando os/as diferentes profissionais e as atividades propostas por consulta. Considerando que Geralda não apresenta prontidão para reduzir peso, a/o enfermeira/o buscou estimular sua motivação para as atividades propostas e manter um ambiente de escuta aberto às sugestões.

Ela se mostrou animada com o Plano de Cuidado, mas, também, com medo de não conseguir ir às consultas. A/O enfermeira/o a orientou para avisar o/a Agente Comunitário no caso de não poder ir e reagendar para o mais próximo possível. Reforçou que é uma proposta, e que, se necessário, serão feitos ajustes.

Além disso, a/o enfermeira/o:

- Avaliou e registrou os resultados dos exames bioquímicos de Geralda em prontuário;
- Avaliou a possibilidade de o filho Lucas vir na próxima consulta.

ETAPA 6: REALIZAÇÃO DO CUIDADO

3ª consulta: nutricionista

Nessa consulta, o filho de Geralda foi com a mãe. Eles informaram que o/a ACS havia dito que a/o médica/o viu os resultados dos exames, mantendo o remédio para o colesterol e prescrevendo outro para o diabetes.

A nutricionista destacou a importância da presença do Lucas, descrevendo a situação de saúde de Geralda. Apresentou o Plano de Cuidado pactuado com Geralda e a equipe de saúde, colocando a importância dele ter mais atenção e apoiar o cuidado da saúde de Geralda e do pai, bem como ajudar com as tarefas domésticas.

Lucas: *Tenho visto minha mãe se queixar mesmo de cansaço e vejo que ela está ganhando peso. Confesso que me dediquei mais ao trabalho nos últimos meses e não fiquei atento à saúde deles. Preciso ajudá-los mais e farei isso com todo amor.*

Ao ter a concordância do filho de Geralda, a/o nutricionista apresentou uma proposta para conversar um pouco sobre vantagens e obstáculos da redução do peso. Para isso, procurou motivar a mãe e o filho a refletirem sobre os obstáculos que ela vivencia para redução do peso e sobre como essa redução poderia ajudar na saúde e qualidade de vida de Geralda. Para auxiliar nesta reflexão, a/o nutricionista disponibilizou o cartão da balança de decisões (pág. 120) para registro das vantagens e obstáculos.

Geralda demonstrou resistência, pontuando que não tem tempo para pensar no peso. Relatou já ter atualizado as medicações conforme orientações da/o médica/o, mas que por agora quer algo para dormir melhor e ter disposição para cuidar do marido. Afirmou ainda saber da importância da alimentação e da atividade física, mas que não consegue pensar nisso agora. Diante dessas colocações de Geralda, a/o nutricionista:

- Buscou mostrar que a alimentação e a prática regular de atividade física são vitais para o tratamento da obesidade, mas que também ajudam a melhorar a qualidade do sono e a reduzir o cansaço que ela sente;
- Destacou que Geralda conseguiu identificar um obstáculo: falta de tempo, inclusive para ter uma alimentação melhor e iniciar com a prática de atividade física;
- Sugeriu que Lucas e ela refletissem nos próximos dias sobre outros possíveis obstáculos, e registrassem no cartão para discussão na próxima consulta com o/a profissional de Educação Física, que foi agendada para às 8 horas para ser possível a presença de Lucas.



Telemonitoramento - Ligação

ACS entrou em contato com Geralda para esclarecer dúvidas com o preenchimento da balança de decisões (pág. 120) e para confirmar a próxima consulta. Geralda relatou ainda não ter tido tempo para conversar com o filho, mas que pretendia fazer isso à noite, anotando em uma folha à parte para, posteriormente, registrar no cartão. Confirmou a presença dela e do filho na próxima consulta.

4ª consulta: profissional de Educação Física

Profissional de Educação Física reconheceu o esforço de Geralda, e aproveitou para destacar que ela não está sozinha, pois, além da equipe de saúde, ela conta com Lucas, que tem se mostrado disposto e interessado em ir às consultas e ajudar em casa, dividindo tarefas domésticas e os cuidados com o pai.

Profissional de Educação Física: *Eu entendo, são muitas tarefas para a senhora, mas que bom que o Lucas está disposto a ajudar. A senhora pode contar conosco também. Pensando nessas dificuldades, vamos trabalhar com este cartão dos 5R's (pág. 86) e a senhora pode anotar aqui. Depois de tudo que conversou com a equipe e o Lucas, qual é a importância para senhora de reduzir peso?*

Geralda: *Nas outras consultas, eu até comentei que ainda não consigo mudar muita coisa para perder peso. A rotina é muito corrida. Talvez daqui uns meses... Eu tenho pensado no que vocês têm falado; inclusive no que a/o nutricionista disse sobre melhorar meu sono e cansaço...*

Profissional de Educação Física: *Isso mesmo Geralda, reduzir peso ajuda muito a melhorar a nossa saúde e a qualidade de vida. Nosso corpo é um só, ele está todo ligado. A senhora já observou algum problema novo que surgiu depois que a senhora começou a ganhar peso?*

Geralda: *Então, o meu joelho passou a doer muito, tem dias que é difícil vir até aqui. Acabo saindo até mais cedo de casa para vir mais devagar e não faltar. Pode ser que, se eu não perder peso, ou ganhar mais, esta dor pode ficar pior. Tenho muito medo também do diabetes... Meu vizinho teve que amputar o dedo do pé mês passado; disseram que estava com o açúcar tão alto no sangue que o machucado não cicatrizava. Então, eu acho que perdendo peso eu teria menos dores e mais disposição. Mas, é tudo muito difícil.*

Geralda conseguiu fazer boas reflexões nesta consulta com o/a profissional de Educação Física, reconhecendo a importância e os efeitos da redução do peso. Profissional então enfatizou os aspectos:

- Efeitos do excesso de peso sobre o joelho;
- Ganhos com a redução de peso, como a redução das dores que a incomoda e atrapalha no dia-a-dia, e melhor controle dos níveis de gordura e de açúcar do sangue;
- Importância de refletir junto com Lucas sobre o que pode estar dificultando a ter tempo para investir na redução do peso e o que poderia ser feito para superar os obstáculos.

Lucas: *Claro, vamos conversar sim... Mãe, vamos pensar juntos como organizar melhor a rotina lá de casa para a senhora ter mais tempos para cuidar de sua própria saúde. Vamos falar com a Bia para ficar com o pai enquanto a senhora faz, pelo menos, uma caminhada, o que a senhora acha?*

Profissional acolheu o apoio do Lucas e incentivou os dois a registrarem as reflexões no papel para ajudá-los a compreender melhor, explicando os 5R's, ou seja, os cinco aspectos para reflexão. Finalizou sinalizando que esta reflexão seria retomada na próxima consulta.

5ª consulta: nutricionista

Geralda chegou animada. Combinou com Bia, sua neta de 18 anos, de ficar com o avô enquanto ela caminha com a vizinha, e relatou que o sono melhorou. A/O nutricionista enfatizou que irão conversar sobre os 5R's, usando o cartão preenchido por ela. E destacou que, conforme sua reflexão, a melhora da qualidade do sono já é um dos ganhos com o início da caminhada, que também poderá ajudar na redução do peso.

Nutricionista: *Ótimas notícias Geralda. Ainda vamos conversar mais sobre a sua alimentação. Vamos pensar em melhores escolhas e preparo dos alimentos. A senhora sempre relatou que a rotina corrida em casa ocupava todo o seu tempo. Reconhecer este obstáculo e identificar caminhos para mudar, como contar com o apoio do Lucas e da Bia, foi muito importante. Hoje já percebo que a senhora também identifica a importância e os ganhos que pode ter com novos comportamentos que fazem bem para a sua saúde.*

Lembro que a equipe de saúde está aqui para apoiá-la. Vamos ajudá-la a alcançar as metas e lidar com os desafios. Qualquer dúvida pode nos perguntar nas consultas e no telemonitoramento.

Geralda: *Sim, conversar sobre os obstáculos e vantagens está me animando para reduzir peso. Contar com vocês é muito importante. Igual na questão da caminhada, achei que seria bom começar, mas é preciso orientação para fazer correto e manter o hábito. Só tenho a agradecer.*

Nutricionista: *Muito bom, estou feliz com a sua motivação. Na próxima consulta, o/a profissional de Educação Física poderá conversar melhor sobre suas dúvidas na caminhada. Voltando na questão do tempo para se alimentar, tem algumas estratégias que podem ajudar no preparo mais rápido das refeições. A senhora pode cozinhar o feijão em maiores quantidades e congelar pequenas porções; depois é só descongelar e temperar. O mesmo pode ser feito com legumes também. A senhora acha que é possível deixar algumas preparações congeladas para facilitar o preparo do almoço? Tenta colocar em prática e me conta como foi.*

Telemonitoramento - Cartilha

O/a técnico/a de Enfermagem entrou em contato com Geralda para parabenizá-la por comparecer a todas as consultas desde o início do acompanhamento individual. Aproveitou o contato para saber se ela tinha alguma dúvida com a nova medicação para controle do diabetes e com a organização da rotina.

Geralda agradeceu o contato, afirmando estar gostando desse contato com a equipe. Disse não ter dificuldades com os novos remédios, inclusive que irá na UBS durante a semana para buscar mais, pois a última caixa estava no fim. Demonstrou ansiedade para a consulta com o/a profissional de Educação Física. Aproveitou também para dizer que vinha congelando o feijão cozido, mas que tinha dúvidas se estava descongelando corretamente. O/a técnico/a de Enfermagem esclareceu a forma correta, indicando que o/a ACS levaria orientações da nutricionista sobre o descongelamento de alimentos.



6ª consulta: profissional de Educação Física

O/a profissional apresentou o cartão dos 5R's preenchido por Geralda para discutirem sobre os modos de contornar os obstáculos, começando pela prática de atividade física.

Geralda: *Está sendo muito bom conversar com vocês e perceber a importância e os caminhos para mudar a minha vida. Aproveitando, eu gostaria de orientação para prática de atividade física. A/O nutricionista disse que é importante conversar com você para me orientar direitinho e não agravar as dores no joelho.*

Profissional resgatou a experiência de início da caminhada por Geralda, parabenizando-a por querer iniciar e buscar orientação. Ao ouvir dela que conseguia caminhar com a vizinha, três dias na semana por 30 minutos, o/a profissional enfatizou a importância de observar qualquer desconforto durante o exercício, além de indicar possibilidades ofertadas na Academia da Saúde, como caminhadas em grupo, dança circular e yoga.

Profissional de Educação Física: *Que bom, vamos planejar. A prática de atividade física vai ajudar na redução do peso, controle de colesterol e glicose, além de melhorar a disposição e o equilíbrio, e prevenir lesões. A senhora pode caminhar por 30 minutos com a vizinha nas segundas, quartas e sextas. Nos outros dias, se a senhora conseguir, pode frequentar a Academia da Saúde, o que acha? Lá, às terças e quintas tem caminhada em grupo às 7 horas e na sequência yoga. Quem sabe, a vizinha não acompanha a senhora? Vou entregar também este cartão de automonitoramento (pág. 96) para ajudá-la a refletir sobre a caminhada, a alimentação e confiança para se cuidar. Gostaria que a senhora trouxesse o cartão em todas as consultas, pode ser?*

Profissional explicou como deveria ser preenchido o cartão de automonitoramento e orientou que em caso de dúvida ela poderia perguntar ao filho, procurar a unidade, ou esclarecer no telemonitoramento. Geralda saiu animada com as informações e o cartão; e ficou curiosa para conhecer as aulas de yoga. A próxima consulta ficou agendada com a/o enfermeira/o.

Telemonitoramento - Ligação

Profissional de Educação Física entrou em contato com Geralda para saber como estava a caminhada e o automonitoramento. Estava previsto que a ligação seria feita pelo ACS, mas ele/a estava em visita domiciliar.

Geralda: *Obrigada por ligar, estava mesmo querendo falar com você. O cartão tem ajudado, estou firme com a caminhada três vezes na semana. Maria Lúcia que não tem conseguido ir, então, estou frequentando a caminhada em grupo na Academia da Saúde nas terças e quintas, e no final de semana caminho com o Lucas. Até experimentei as aulas de yoga, mas não gostei. Por enquanto, estou apenas com a caminhada.*

O/A profissional de Educação Física parabenizou Geralda por estar conseguindo manter a caminhada, atingindo a meta de três dias na semana. Reforçou que a recomendação são cinco dias, mas que aos poucos irão ajustando, seja aumentando o tempo ou incluindo atividade nos outros dias. Acalmou Geralda, indicando que o processo é assim mesmo, com alguns imprevistos, como a ausência de companhia para caminhada ou até mesmo não gostar da atividade. Reforçou que o importante é manter a motivação, buscando estratégias para manter-se ativa. Colocou-se à disposição e reforçou preenchimento do cartão de automonitoramento.

7ª consulta: enfermeira/o

Nessa sétima consulta, a equipe se programou para verificar o automonitoramento e uma possível mudança na prontidão de mudança, com a aplicação do instrumento de **Estratificação de Grupos para Manejo da Obesidade no SUS**. Geralda apresentava boa evolução e envolvimento com as atividades, sendo percebido aumento de motivação e confiança. A/O enfermeira/o reaplicou o instrumento e verificou que Geralda evoluiu para o estágio de Ação para reduzir o peso. Além disso, conseguiu organizar as tarefas em casa para participar das atividades na UBS, e como não apresentava indicação para cirurgia bariátrica poderia participar do Grupo Terapêutico 1.

Geralda: *Estou me sentindo bem, menos cansada, as dores diminuíram e dormindo melhor! Estou dando mais atenção para a alimentação e caminhando 3 dias na semana! O cartão de automonitoramento tem me ajudado. E eu que achava que não dava tempo! O Lucas e a Bia têm me ajudado com as coisas de casa e com o José. Foi ótimo conhecer a/o nutricionista e o/a profissional de Educação Física, eles me ajudaram muito. As ligações e cartões que vocês me enviam eu adoro. Às vezes, estou desanimada e quando recebo um cartão postal ou a visita da ACS, me lembro das nossas conversas e tudo parece melhor. Até reparei que minha saia está larga!*

Enfermeira/a: *Quanta coisa boa! Então, a senhora merece parabéns duas vezes, entendeu a importância de se cuidar e está conseguindo colocar em prática. A senhora também está mais confiante para fazer mudanças que ajudam a reduzir o peso. Que tal pensar em participar de um grupo da unidade para o tratamento da obesidade?*

A/O enfermeira/o explicou sobre o Grupo Terapêutico 1, quem participava, quais eram as atividades e os dias e horários que aconteciam os encontros, motivando a sua participação. Esclareceu também que no grupo ela manteria contato com os/as profissionais que já a acompanhavam, reduzindo o intervalo entre as consultas.

Geralda: *Posso trazer José comigo?*

Enfermeira/o: *Claro, será ótimo. Vou colocar o nome da senhora na lista do grupo, pois a avaliação inicial a senhora já fez aqui comigo. Parabéns pelos ganhos com a saúde e continue contando conosco! Como a senhora disse que ajudou muito, continue fazendo o registro no cartão de automonitoramento.*

Telemonitoramento - Cartão

A/o técnica/o de Enfermagem preparou um cartão sobre o Grupo Terapêutico 1 que estava para iniciar na UBS Felicidade e que Geralda estava inscrita. No cartão estavam indicados o cronograma e o resumo das atividades. Aproveitou o momento de entrega do cartão na casa de Geralda para ver o cartão de automonitoramento.

Geralda: *Obrigada pela visita e pelo cartão. Estava mesmo curiosa para saber as atividades do grupo. Até o José está animado para participar. Enquanto isso, eu sigo com a caminhada e registrando no cartão. Também tenho feito o automonitoramento da alimentação e da confiança para me cuidar. O cartão está cada vez mais verde e eu estou bem e feliz.*

**12ª consulta - médica/o**

Geralda estava conseguindo acompanhar as atividades do Grupo Terapêutico 1, ora acompanhada pelo marido José, ora não, mantendo continuidade no acompanhamento individual. Nesta última consulta, a/o médica/o:

- Destacou a melhora nos exames e dos hábitos alimentares, a redução do peso e a incorporação de atividade física na rotina;
- Informou a alta do acompanhamento individual para tratar a obesidade, orientando para manutenção dos ganhos. Além de informar sobre a manutenção do acompanhamento com a eSF.

Médica/o: *A senhora deve continuar presente e ativa aqui na Unidade, ok? A equipe vai continuar acompanhá-la e estaremos atentos às suas necessidades. Vou passar algumas orientações para auxiliá-la a seguir os cuidados com a saúde. Escrevi alguns lembretes sobre aqueles aspectos que a senhora teve mais dificuldade e o que fazer se precisar de novo apoio ou orientação (pág. 145).*

Geralda: *Maravilha! Eu me sinto bem sabendo que vocês estarão por perto, mesmo que eu não tenha mais um acompanhamento tão constante.*

A/O médica/o aproveitou para sugerir a Geralda a começar a participar do grupo de mulheres que acontecia na UBS a cada 15 dias que tem como objetivo de fortalecer a saúde das mulheres da comunidade. Considerando que o Grupo Terapêutico 1 estava encerrando, pontuou que neste grupo teria oportunidade de fortalecer a rede de apoio, trocar experiências, relacionamentos e vivências com mulheres de diferentes idades.

Geralda: *Vou sentar com o José e o Lucas e ver a possibilidade de participar. Confesso que achei a ideia boa, falar das coisas da gente, das nossas dificuldades, alegrias, que só nós que somos mulheres sabemos como é.*

Médica/o: *Claro, é bom mesmo! Pense com carinho! Parabéns pelas conquistas e conte conosco!*



Anexo A - Escala de Compulsão Alimentar Periódica (Ecap)

Nome: _____ Data: ___/___/_____

Lista de verificação dos hábitos alimentares

Instruções:

Você encontrará abaixo grupos de afirmações numeradas. Leia todas as afirmações em cada grupo e marque aquela que melhor descreve o modo como você se sente em relação aos problemas que tem para controlar seu comportamento alimentar.

1

- 1. Eu não me sinto constrangido(a) com o meu peso ou o tamanho do meu corpo quando estou com outras pessoas.
- 2. Eu me sinto preocupado(a) em como pareço para os outros, mas isto, normalmente, não me faz sentir desapontado(a) comigo mesmo(a).
- 3. Eu fico mesmo constrangido(a) com a minha aparência e o meu peso, o que me faz sentir desapontado(a) comigo mesmo(a).
- 4. Eu me sinto muito constrangido(a) com o meu peso e, frequentemente, sinto muita vergonha e desprezo por mim mesmo(a). Tento evitar contatos sociais por causa desse constrangimento.

2

- 1. Eu não tenho nenhuma dificuldade para comer devagar, de maneira apropriada.
- 2. Embora pareça que eu devore os alimentos, não acabo me sentindo empanturrado(a) por comer demais.
- 3. Às vezes, tendo a comer rapidamente, sentindo-me então desconfortavelmente cheio(a) depois.
- 4. Eu tenho o hábito de engolir minha comida sem realmente mastigá-la. Quando isto acontece, em geral, me sinto desconfortavelmente empanturrado(a) por ter comido demais.

3

- 1. Eu me sinto capaz de controlar meus impulsos para comer, quando eu quero.
- 2. Eu sinto que tenho falhado em controlar meu comportamento alimentar mais do que a média das pessoas.
- 3. Eu me sinto totalmente incapaz de controlar meus impulsos para comer.
- 4. Por me sentir tão incapaz de controlar meu comportamento alimentar, entro em desespero tentando manter o controle.

4

- 1. Eu não tenho o hábito de comer quando estou chateado(a).
- 2. Às vezes, eu como quando estou chateado(a), mas, frequentemente, sou capaz de me ocupar e afastar minha mente da comida.
- 3. Eu tenho o hábito regular de comer quando estou chateado(a) mas, de vez em quando,

posso usar alguma outra atividade para afastar minha mente da comida.

() 4. Eu tenho o forte hábito de comer quando estou chateado(a). Nada parece me ajudar a parar com esse hábito.

5

() 1. Normalmente quando como alguma coisa é porque estou fisicamente com fome.

() 2. De vez em quando, como alguma coisa por impulso, mesmo quando não estou realmente com fome.

() 3. Eu tenho o hábito regular de comer alimentos que realmente não aprecio para satisfazer uma sensação de fome, mesmo que fisicamente eu não necessite de comida.

() 4. Mesmo que não esteja fisicamente com fome, tenho uma sensação de fome em minha boca que somente parece ser satisfeita quando eu como um alimento, tipo um sanduíche, que enche a minha boca. Às vezes, quando eu como o alimento para satisfazer minha “fome na boca”, em seguida eu o cuspo; assim não ganharei peso.

6

() 1. Eu não sinto qualquer culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.

() 2. De vez em quando, sinto culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.

() 3. Quase o tempo todo, sinto muita culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.

7

() 1. Eu não perco o controle total da minha alimentação quando estou em dieta, mesmo após períodos em que como demais.

() 2. Às vezes, quando estou em dieta e como um alimento proibido, sinto como se tivesse estragado tudo e como ainda mais.

() 3. Frequentemente, quando como demais durante uma dieta, tenho o hábito de dizer para mim mesmo(a): “agora que estraguei tudo, porque não irei até o fim”. Quando isto acontece, eu como ainda mais.

() 4. Eu tenho o hábito regular de começar dietas rigorosas por mim mesmo(a), mas quebro as dietas entrando em uma compulsão alimentar. Minha vida parece ser “uma festa” ou “um morrer de fome”.

8

() 1. Eu raramente como tanta comida a ponto de me sentir desconfortavelmente empanturrado(a) depois.

() 2. Normalmente, cerca de uma vez por mês, como tal quantidade de comida que acabo me sentindo muito empanturrado(a).

() 3. Eu tenho períodos regulares durante o mês, quando como grandes quantidades de comida, seja na hora das refeições, seja nos lanches.

() 4. Eu como tanta comida que, regularmente, me sinto bastante desconfortável depois de comer e, algumas vezes, um pouco enjoado(a).

9



- 1. Em geral, minha ingestão calórica não sobe a níveis muito altos nem desce a níveis muito baixos.
- 2. Às vezes, depois de comer demais, tento reduzir minha ingestão calórica para quase nada, para compensar o excesso de calorias que ingeri.
- 3. Eu tenho o hábito regular de comer demais durante a noite. Parece que a minha rotina não é estar com fome de manhã, mas comer demais à noite.
- 4. Na minha vida adulta, tenho tido períodos, que duram semanas, nos quais praticamente me mato de fome. Isto se segue a períodos em que como demais. Parece que vivo uma vida de “festa” ou de “morrer de fome”.

#10

- 1. Normalmente, eu sou capaz de parar de comer quando quero. Eu sei quando “já chega”.
- 2. De vez em quando, eu tenho uma compulsão para comer que parece que não posso controlar.
- 3. Frequentemente, tenho fortes impulsos para comer que parece que não sou capaz de controlar, mas, em outras ocasiões, posso controlar meus impulsos para comer.
- 4. Eu me sinto incapaz de controlar impulsos para comer. Eu tenho medo de não ser capaz de parar de comer por vontade própria.

#11

- 1. Eu não tenho problema algum para parar de comer quando me sinto cheio(a).
- 2. Eu, normalmente, posso parar de comer quando me sinto cheio(a), mas, de vez em quando, como, demais me deixa desconfortavelmente empanturrado(a).
- 3. Eu tenho um problema para parar de comer uma vez que eu tenha começado e, normalmente, sinto-me desconfortavelmente empanturrado(a) depois que faço uma refeição.
- 4. Por eu ter o problema de não ser capaz de parar de comer quando quero, às vezes tenho que provocar o vômito, usar laxativos e/ou diuréticos para aliviar a minha sensação de empanturramento.

#12

- 1. Parece que eu como tanto quando estou com os outros (reuniões familiares, sociais) como quando estou sozinho(a).
- 2. Às vezes, quando eu estou com outras pessoas, não como tanto quanto eu quero comer porque me sinto constrangido(a) com o meu comportamento alimentar.
- 3. Frequentemente, eu como só uma pequena quantidade de comida quando outros estão presentes, pois me sinto muito embaraçado(a) com o meu comportamento alimentar.
- 4. Eu me sinto tão envergonhado(a) por comer demais que escolho horas para comer demais quando sei que ninguém me verá. Eu me sinto como uma pessoa que se esconde para comer.

#13

- 1. Eu faço três refeições ao dia com apenas um lanche ocasional entre as refeições.
- 2. Eu faço três refeições ao dia, mas, normalmente, também lancho entre as refeições.
- 3. Quando eu faço lanches pesados, tenho o hábito de pular as refeições regulares.

() 4. Há períodos regulares em que parece que eu estou continuamente comendo, sem refeições planejadas.

#14

- () 1. Eu não penso muito em tentar controlar impulsos indesejáveis para comer.
- () 2. Pelo menos, em algum momento, sinto que meus pensamentos estão “pré-ocupados” com tentar controlar meus impulsos para comer.
- () 3. Frequentemente, sinto que gasto muito tempo pensando no quanto comi ou tentando não comer mais.
- () 4. Parece, para mim, que a maior parte das horas que passo acordado(a) estão “pré-ocupadas” por pensamentos sobre comer ou não comer. Sinto como se eu estivesse constantemente lutando para não comer.

#15

- () 1. Eu não penso muito sobre comida.
- () 2. Eu tenho fortes desejos por comida, mas eles só duram curtos períodos de tempo.
- () 3. Há dias em que parece que eu não posso pensar em mais nada a não ser comida.
- () 4. Na maioria dos dias, meus pensamentos parecem estar “pré-ocupados” com comida. Sinto como se eu vivesse para comer.

#16

- () 1. Eu normalmente sei se estou ou não fisicamente com fome. Eu como a porção certa de comida para me satisfazer.
- () 2. De vez em quando, eu me sinto em dúvida para saber se estou ou não fisicamente com fome. Nessas ocasiões, é difícil saber quanto eu deveria comer para me satisfazer.
- () 3. Mesmo que se eu pudesse saber quantas calorias eu deveria ingerir, não teria ideia alguma de qual seria a quantidade “normal” de comida para mim.

*Apenas uma resposta deve ser marcada em cada um dos 16 itens.

Cada afirmativa corresponde a um ponto que varia de 0 a 3.

O escore total é dado pela soma dos pontos de cada item.

Avaliação do Resultado

- Escore ≤ 17 : ausência de compulsão alimentar
- Escore entre 18 e 26: compulsão alimentar moderada
- Escore ≥ 27 : compulsão alimentar grave

Fonte: Brasil, 2014.

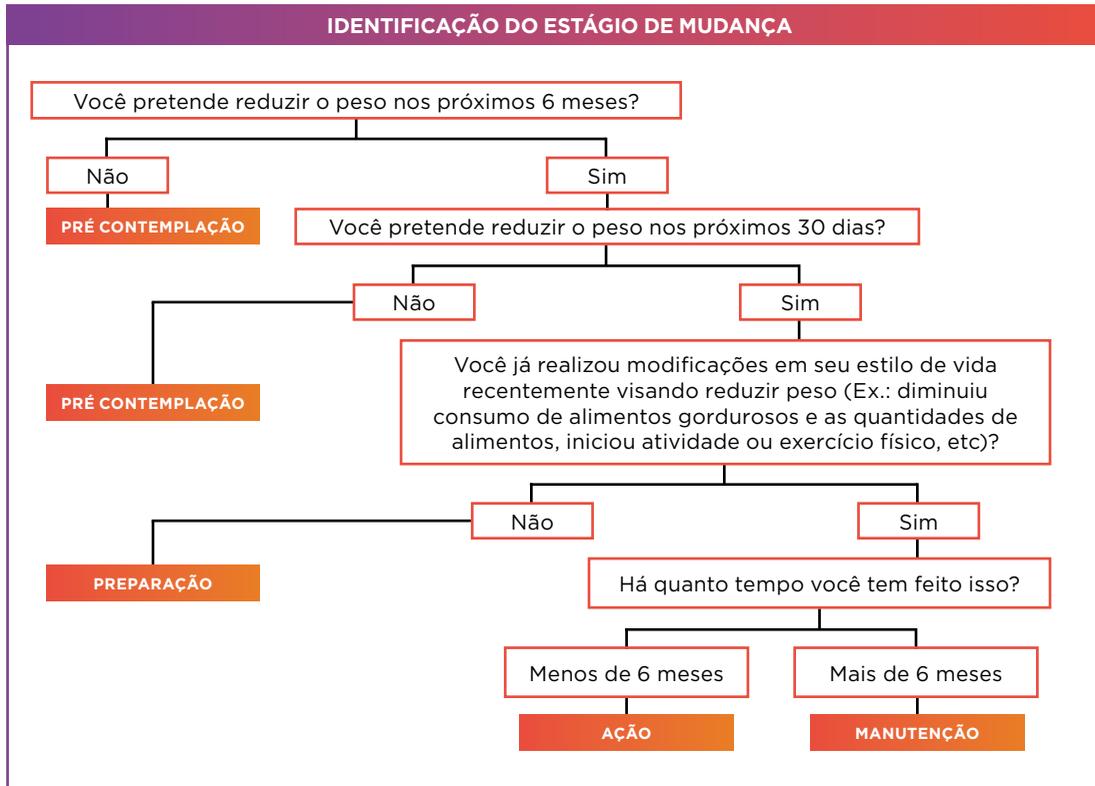


Anexo B – Estratificação de grupos para manejo da obesidade.

Parte 1 – Realizada com TODOS os usuários		
Nome completo:		
Número do prontuário ou do Cartão Nacional de Saúde:		
Telefone de contato: ()		Equipe de saúde:
Peso (aferir): _____ kg	Altura (aferir): _____ m	IMC: _____ Kg/m ² IMC=peso/(altura*altura)
Classificação do IMC adultos (WHO, 2000): ____ Baixo peso (IMC < 18,5 kg/m ²) ____ Peso normal (IMC ≥ 18,5 e < 24,9 kg/m ²) ____ Sobrepeso (IMC ≥ 25,0 e < 29,9 kg/m ²) ____ Obesidade (IMC ≥ 30,0 kg/m²)	Classificação do IMC idosos (NSI, 1994): ____ Magreza (IMC ≤ 22,0 kg/m ²) ____ Eutrofia (IMC > 22,0 e < 27,0 kg/m ²) ____ Sobrepeso (IMC ≥ 27,0 kg/m²)	
Se o usuário não for identificado com obesidade, indique as ações pertinentes ofertadas na unidade de saúde, sobretudo as de promoção da alimentação adequada e saudável.		
Parte 2: Realizada apenas com usuários COM obesidade		
Disponibilidade para grupos		
Você quer participar de grupos com duração de 6 meses ou mais? () Sim () Não		
Você tem tempo para participar de grupos com duração de 6 meses ou mais? () Sim () Não		
Indicação para cirurgia bariátrica		
Usuário fez cirurgia bariátrica: <i>☞ Profissional, não pergunte estas questões ao usuário, busque as informações no prontuário e registros na unidade</i> () Sim () Não Se sim, há quanto tempo? _____ Está em acompanhamento em algum serviço de saúde: () Sim () Não Houve reganho de peso: () Sim () Não		
Indicações para cirurgia bariátrica: (1) Usuários que apresentem IMC ≥ 50 kg/m ² (2) Usuários que apresentem IMC ≥ 40 kg/m ² , com ou sem comorbidades, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado na Atenção Primária e/ou na Atenção Especializada, por no mínimo 2 anos e que tenham seguido protocolos clínicos; (3) Usuários com IMC ≥ 35 kg/m ² e comorbidades, como com alto risco cardiovascular; diabetes mellitus e/ou hipertensão arterial de difícil controle; apneia do sono, doenças articulares degenerativas; sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado por no mínimo 2 anos e que tenham seguido protocolos clínicos		

Fonte: elaborado pelos autores.

Anexo B - Estratificação de grupos para manejo da obesidade.



Fonte: adaptado de Brasil, 2014.

Identificação da autoeficácia para reduzir peso

Quão confiante você está para perder peso mesmo que...	1. Nada confiante	2. Pouco confiante	3. Moderadamente confiante	4. Muito confiante	5. Completamente confiante
...precise de muito tempo para melhorar suas práticas?					
...precise de muitas tentativas até que consiga?					
...precise repensar suas estratégias?					

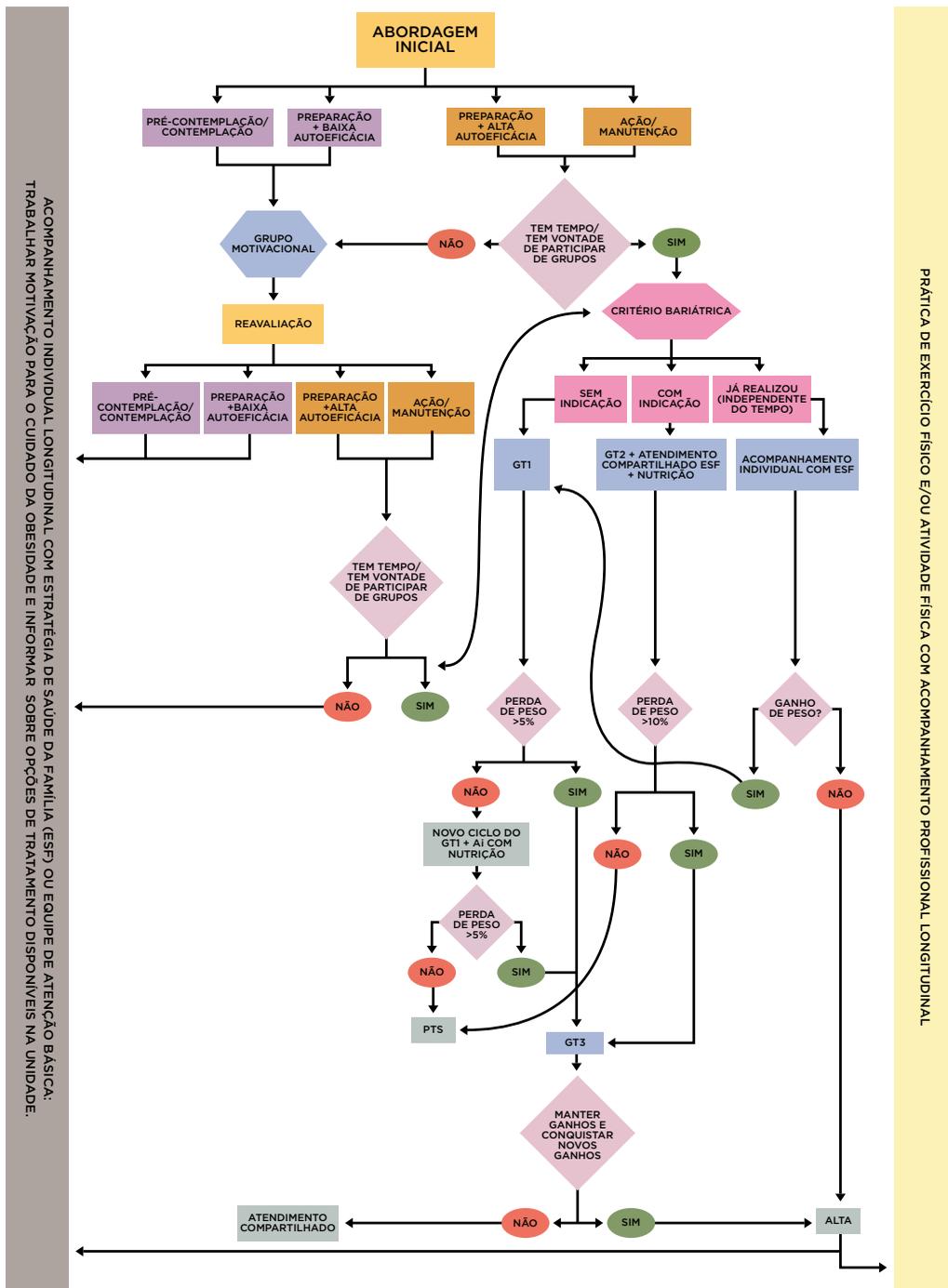
Fonte: validação transcultural a partir de Wilson *et al.* Brief Self-Efficacy Scales for use in Weight-Loss Trials: Preliminary Evidence of Validity. *Psychological Assessment*, [s. l.], v. 28, n. 10, p. 1255-1264, 2016. doi:10.1037/pas0000249.

Autoeficácia elevada: se pelo menos DUAS questões forem avaliadas como 4 (muito confiante) ou 5 (completamente confiante)



Anexo C - Estratégia de Cuidado da Pessoa com Obesidade na Atenção Primária

FLUXO DO CUIDADO DA PESSOA COM OBESIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE



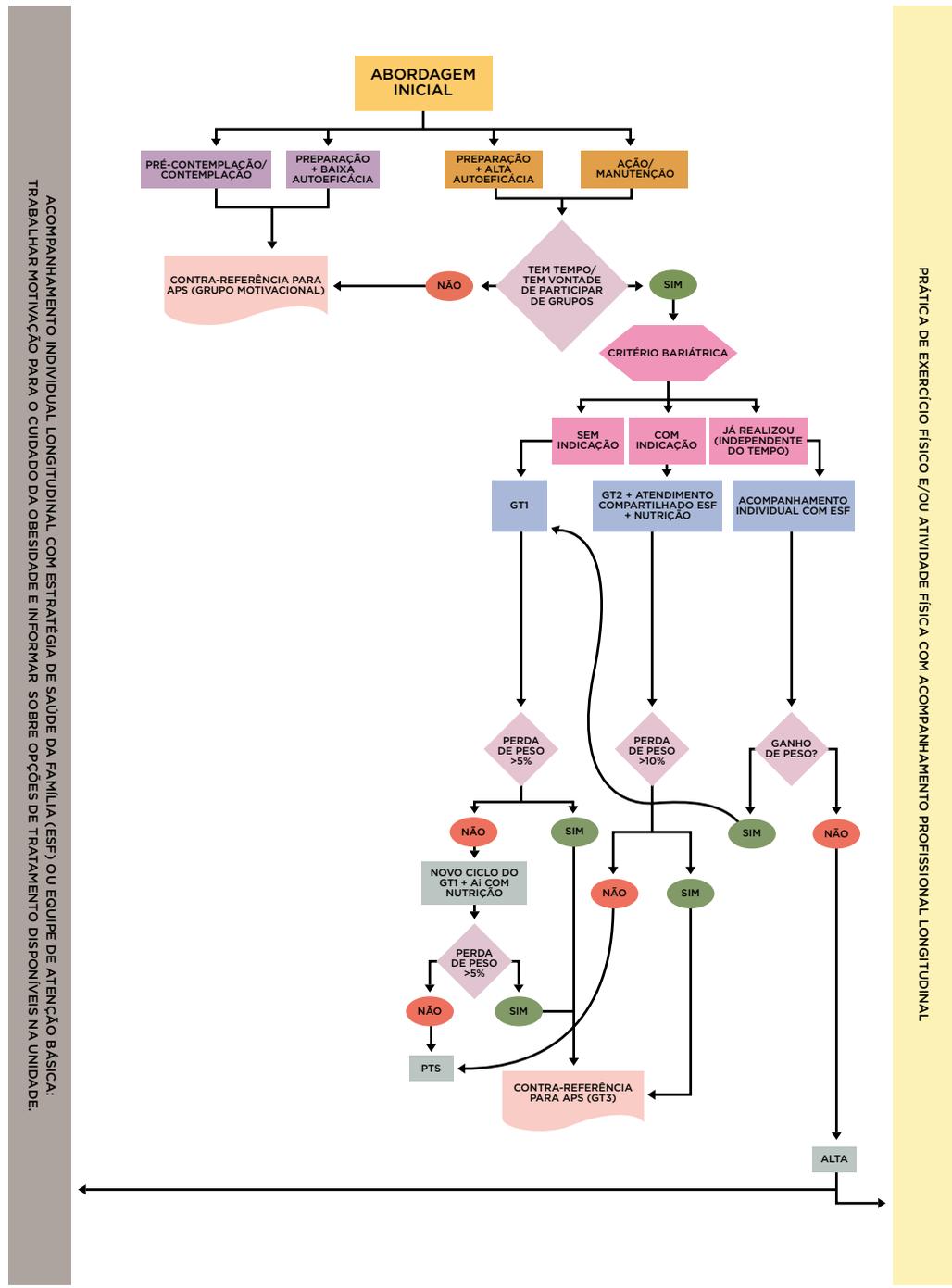
ACOMPANHAMENTO INDIVIDUAL LONGITUDINAL COM ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) OU EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA. TRABALHAR MOTIVAÇÃO PARA O CUIDADO DA OBESIDADE E INFORMAR SOBRE OPÇÕES DE TRATAMENTO DISPONÍVEIS NA UNIDADE.

PRÁTICA DE EXERCÍCIO FÍSICO E/OU ATIVIDADE FÍSICA COM ACOMPANHAMENTO PROFISSIONAL LONGITUDINAL

Fonte: Elaborado pelos autores.
 Nota: AI = Atendimento Individual; PTS= Projeto Terapêutico Singular; GT= Grupo Terapêutico. Para mais detalhes sobre o PTS e o Atendimento compartilhado consulte o **Material Teórico para Suporte ao Manejo da Obesidade no Sistema Único de Saúde**.

Anexo D - Estratégia de Cuidado da Pessoa com Obesidade na Atenção Especializada

FLUXO DO CUIDADO DA PESSOA COM OBESIDADE NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA



Fonte: elaborado pelos autores.
 Nota: AI = Atendimento Individual; APS = Atenção Primária à Saúde; PTS= Projeto Terapêutico Singular; GT= Grupo Terapêutico; *GT1 da Atenção Primária à Saúde. Para mais detalhes sobre o PTS e o Atendimento compartilhado consulte o Material Teórico para Suporte ao Manejo da Obesidade no Sistema Único de Saúde.

Apêndice C - Estratégia para o Cuidado da Pessoa com Obesidade na Atenção Especializada

Conte-nos o que pensa sobre esta publicação. Responda a pesquisa disponível por meio do QR Code abaixo:





DISQUE SAÚDE **136**

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
bvsmms.saude.gov.br

Acesse a obra na BVS por
meio do QR Code:



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

Governo
Federal