

PREVENÇÃO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA OBESIDADE



COLEÇÃO

**Enfrentamento da
Obesidade no Sistema
Único de Saúde (SUS):
Estratégias para
Profissionais de Saúde**

2021. Universidade Federal de Viçosa.



Este trabalho é disponibilizado 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.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA

Instituto de Políticas Públicas e Desenvolvimento Sustentável

Av Peter Henry Rolfs, s/n – Campus Universitário, Viçosa – MG

CEP: 36570-900

Site: <http://www.ippds.ufv.br/>

Organizadores:

Helen Hermana Miranda Hermsdorff - Universidade Federal de Viçosa

Luiza Carla Vidigal Castro - Universidade Federal de Viçosa

Luiza Delazari Borges - Universidade Federal de Viçosa

Luma de Oliveira Comini - Universidade Federal de Viçosa

Autores:

Arieta Carla Gualandi Leal - Universidade Federal de Viçosa

Cíntia Pereira Donateli - Universidade Federal de Viçosa

Fernanda de Carvalho Vidigal - Universidade Federal de Alfenas

Gabriella Oliveira Ferreira - Universidade Federal de Viçosa

Letícia Soares de Freitas - Universidade Federal de Viçosa

Luciana Saraiva da Silva - Universidade Federal de Uberlândia

Maíra Mendes Coelho - Universidade Federal de Viçosa

Mariana De Santis Filgueiras – Universidade Federal de Viçosa

Marina Rodrigues Barbosa – Universidade Federal de Uberlândia

Túlio da Silva Junqueira - Universidade Federal de Lavras

Edição de Conteúdo:

João Batista Mota

Editoração Eletrônica e Layout:

Adriana Freitas

Apoio Técnico:

Coordenadoria de Educação Aberta e a Distância da Universidade Federal de Viçosa (CEAD-UFV)

**Ficha catalográfica elaborada pela Seção de Catalogação e
Classificação da Biblioteca Central da Universidade Federal de Viçosa**

P944 Prevenção, diagnóstico e tratamento da obesidade [recurso
2020 eletrônico] / Helen Hermana Miranda Hermsdorff, organizadora
... [et al.] ; Arieta Carla Gualandi Leal ... [et al.] -- Viçosa,
MG ; 2020.

1 livro eletrônico (pdf, 7,1 MB). – (Enfrentamento da
obesidade no Sistema Único de Saúde (SUS). Estratégias para
profissionais de saúde).

Disponível em: <https://www.renobmg.ufv.br/repositorio-cientifico/>.

ISBN 978-65-00-16494-7

1. Obesidade. 2. Atenção primária à Saúde. 4. Sistema Único de Saúde (Brasil). I. Hermsdorff, Helen Hermana Miranda, 1979-. II. Castro, Luiza Carla Vidigal, 1977-. III. Borges, Luiza Delazari, 1995-. IV. Comini, Luma de Oliveira, 1989-. V. Leal, Arieta Carla Gualandi, 1989-. VI. Donateli, Cíntia Pereira, 1994-. VII. Vidigal, Fernanda de Carvalho, 1983-. VIII. Ferreira, Gabriella Oliveira, 1999-. IX. Freitas, Letícia Soares de, 1997-. X. Silva, Luciana Saraiva da, 1988-. XI. Coelho, Máira Mendes, 1995-. XII. Filgueiras, Mariana De Santis, 1990-. XIII. Barbosa, Marina Rodrigues, 1983-. XIV. Junqueira, Túlio da Silva, 1980-. XV. Rede para o Enfrentamento da Obesidade em Minas Gerais. XVI. Universidade Federal de Viçosa. Coordenadoria de Educação Aberta e a Distância.

CDD 22. ed. 616.398

Agradecimentos

Agradecemos ao Ministério da Saúde/ CNPq (CNPq/MS/SAS/DAB/CGAN nº 421098/2018-0), Fundação Mapfre (Convocatória de auxílios à pesquisa 2019 Ignacio H. de Larramendi – Promoção da Saúde) e Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES - Ministério da Educação - código 001).

Prefácio

O Brasil, nas últimas décadas, tem vivenciado um avanço muito rápido no número de pessoas com excesso de peso ou obesidade, e outras doenças crônicas, como dislipidemias, diabetes, hipertensão e doenças cardiovasculares.

A Atenção Básica é um espaço fundamental para a prevenção e o cuidado integral de pessoas nessa condição de saúde. Desse modo, quando ampliamos a capacidade de gestão dos estados e dos municípios, bem como a organização no processo de trabalho, os resultados relativos ao enfrentamento e controle da obesidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) são mais efetivos.

Nesse contexto, o projeto **Rede para Enfrentamento da Obesidade em Minas Gerais - RENOB-MG** tem como objetivo desenvolver ações de diagnóstico, formação, gestão, avaliação e monitoramento que propiciem a construção da rede de atenção nutricional para controle da obesidade em Minas Gerais, a partir de estratégias efetivas, ativas e inovadoras de formação de trabalhadores de saúde e de gestores em promoção da alimentação adequada e saudável.

O RENOB-MG tem o apoio da Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde juntamente com o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, mediante chamada pública (CNPq/MS/SAS/DAB/CGAN nº 26/2018), bem como da Fundação MAPFRE (Convocatória de auxílios à pesquisa 2019 Ignacio H. de Larramendi – Promoção da Saúde).

As duas coleções de livros digitais *Enfrentamento da obesidade no Sistema Único de Saúde (SUS): estratégias para gestores de saúde* e *Enfrentamento da obesidade no Sistema Único de Saúde (SUS): estratégias para profissionais de saúde*, são um dos produtos da equipe RENOB-MG para capacitar, consolidar e enriquecer o trabalho desenvolvido pelos profissionais de saúde e gestores da Atenção Básica de Saúde no controle da obesidade e no cuidado integral da pessoa que vive com essa doença crônica.

Na coleção voltada para profissionais de saúde, o primeiro livro da coleção – *Políticas de Alimentação, Nutrição e Saúde no âmbito do controle da obesidade* – apresenta assuntos referentes às Redes de Atenção à Saúde, à Política Nacional de Alimentação e Nutrição, aos Sistemas Alimentares e aos Determinantes Sociais da Saúde e da Obesidade. No segundo livro – *Prevenção, Diagnóstico e Tratamento da Obesidade* – a prevenção da obesidade é apresentada nos vários estágios da vida, bem como nos ambientes familiar e comunitário; diferentes condutas para o diagnóstico da obesidade são discutidas incluindo os marcadores clínicos, os aspectos psicológicos, ambientais e de consumo alimentar e; finalmente apresentamos diferentes abordagens no tratamento da obesidade no SUS, baseadas em evidências científicas, incluindo o aconselhamento nutricional e o projeto terapêutico singular, além de tratarmos sobre temas como estigma do peso, cuidado e autocuidado. No terceiro livro da coleção – *Novas tendências para o cuidado da pessoa com obesidade na Atenção Básica* – compartilhamos algumas ideias práticas para abordagem coletiva, relatamos algumas das Práticas Integrativas e Complementares (PICS) em Saúde mais utilizadas no SUS e discorremos sobre as Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) aplicadas na área da saúde; todas com ênfase no enfrentamento da obesidade.

Desejamos que o conteúdo apresentado nessa coleção propicie o enfrentamento e controle da obesidade de maneira mais humanizada e resolutiva no seu território de atuação.

Boa leitura!
Helen Hermana Miranda Hermsdorff
Coordenadora do RENOB-MG

Apresentação

Boas-vindas aos leitores do nosso livro digital sobre a **Prevenção, o Diagnóstico e o Tratamento da Obesidade**, o segundo da coleção **Enfrentamento da obesidade no Sistema Único de Saúde (SUS): estratégias para profissionais de saúde**.

O aumento exponencial do sobrepeso e da obesidade nos obriga a pensar em soluções que tenham caráter inovador e que sejam intersetoriais, para que possamos dar o pontapé inicial na resolução desse grande desafio de saúde pública.

A equipe da **Rede para Enfrentamento da Obesidade em Minas Gerais – RENOB-MG** entende que a Atenção Básica do Sistema Único de Saúde possui papel fundamental na linha de cuidado integral da pessoa com sobrepeso/obesidade, com ênfase na promoção da saúde e prevenção da doença crônica. Dessa forma, elaboramos esse material com o objetivo principal de apresentar ações desde a prevenção, o diagnóstico até o tratamento do sobrepeso/obesidade, em nível individual e coletivo, com intuito de serem incorporados seu processo de trabalho.

A organização do conteúdo apresentado nesse livro se dá mediante apresentação de quatro capítulos principais: prevenção, diagnóstico, tratamento do sobrepeso/obesidade e, cuidado e autocuidado no enfrentamento da obesidade e promoção da saúde. Em todos, apresentamos as bases teórico-científicas conjuntamente com ferramentas práticas para a atuação do profissional de saúde no seu cotidiano de trabalho.

Esperamos que você e sua comunidade se beneficiem desse material!
Os autores.

Significado dos ícones do livro digital

Para facilitar o seu estudo e a compreensão imediata do conteúdo apresentado, ao longo de todos os livros da coleção, você vai encontrar essas pequenas figuras ao lado do texto. Elas têm o objetivo de chamar a sua atenção para determinados trechos do conteúdo, com uma função específica, como apresentamos a seguir.

Texto-destaque: são definições, conceitos ou afirmações importantes às quais você deve estar atento.



Glossário: Informações pertinentes ao texto, para situá-lo melhor sobre determinado termo, autor, entidade, fato ou época, que você pode desconhecer.



SAIBA MAIS! Se você quiser complementar ou aprofundar o conteúdo apresentado nesse livro, tem a opção de links na internet, onde pode obter vídeos, sites ou artigos relacionados ao tema. Ao ver os links copie e cole-os no seu navegador para abrir o conteúdo proposto.



Quando vir este ícone, você deve refletir sobre os aspectos apontados, relacionando-os com a sua prática profissional e cotidiana.



Lista de Siglas

AAE: Atenção ambulatorial especializada
AB: Atenção Básica
ABESO: Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica
ABS: Atenção Básica de Saúde
AcN: Aconselhamento Nutricional
ACP: Abordagem Centrada na Pessoa
ACS: Agente Comunitário de Saúde
AF: Atividade Física
AGL: Ácido Graxos Livres
APS: Atenção Primária à Saúde
AVC: Acidente Vascular Cerebral
BEN: Balanço Energético Negativo
CAC: Ciclo de Alimentação Consciente
CAPS: Centros de Atenção Psicossocial
CAPS-AD: Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas
CBM: Centro Brasileiro de Mindfulness
CGAN: Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição
CHCM: Concentração de Hemoglobina Corpuscular Média
CLS: Conselho Local de Saúde
CONITEC: Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS
CRAS: Centros de Referência de Assistência Social
CREAs: Centros de Referência Especializado de Assistência Social
DCNT: Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM1: Diabetes Mellitus tipo 1
DM2: Diabetes Mellitus tipo 2
DRC: Doença Renal Crônica
DSS: Determinantes Sociais de Saúde
EAN: Educação Alimentar e Nutricional
EAS: Elementos Anormais do Sedimento
ESF: Estratégia da Saúde da Família
ERICA: Estudo de Riscos Cardiovasculares em Adolescentes
eSF: equipes de Saúde da Família
GET: Gasto Energético Total
HAD: Hospitalar de Ansiedade e Depressão
HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica
HCM: Hemoglobina Corpuscular Média
HDL-c: Lipoproteína de Alta Densidade
IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDF: Federação Internacional de Diabetes
IL-6: Interleucina 6
IMC: Índice de Massa Corporal
IQSP: Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh
JI: Jejum Intermitente
LDL-c: Lipoproteína de baixa densidade
NAF: Nível de Atividade Física
NASF-AB: Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica
OMS: Organização Mundial de Saúde
OPAS: Organização Pan-Americana da Saúde
PAAS: Promoção da Alimentação Adequada e Saudável

PAD: Pressão Arterial Diastólica
PAS: Pressão Arterial Sistólica
PC: Perímetro da Cintura
PCDT: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
PCR: Proteína c-reativa
PNAE: Programa Nacional de Alimentação Escolar
PNAN: Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNAS: Política Nacional de Alimentação Saudável
PeNSE: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
PNPS: Política Nacional de Promoção a Saúde
PNSI: Política Nacional de Saúde do Idoso
POF: Pesquisa de Orçamentos Familiares
PSE: Programa Saúde na Escola
PTH: Paratormônio
PTS: Projeto Terapêutico Singular
RAS: Rede de Atenção à Saúde
RCQ: Relação Cintura/Quadril
RENOB-MG: Rede de Enfrentamento da Obesidade em Minas Gerais
RES: Registro Eletrônico em Saúde
RI: Resistência à Insulina
RUE: Rede de Atenção as Urgências e Emergências
SAN: Segurança Alimentar e Nutricional
SAPS: Secretaria de Atenção Primária à Saúde
SBC: Sociedade Brasileira de Cardiologia
SBD: Sociedade Brasileira de Diabetes
SCN: Síndrome do Comer Noturno
SISAN: Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
SISVAN: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SM: Síndrome Metabólica
SUS: Sistema Único de Saúde
TCAP: Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica
TCC: Terapia Cognitiva Comportamental
TFG: Taxa de Filtração Glomerular
TG: Triglicerídeos
TN: Terapeuta Nutricional
TRS: Terapia Renal Substitutiva
TTOG: Teste de Tolerância Oral a Glicose
TyG: Triglicerídeos-Glicose
UBS: Unidades Básicas de Saúde
UPP: alimentos ultraprocessados
VAN: vigilância alimentar e nutricional
VCM: Volume Corpuscular Médio
VIGITEL: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
VLDL: Lipoproteína de muito baixa densidade

Sumário

Capítulo 1 - Prevenção da Obesidade	12
1 - Entendendo os conceitos: Promoção da Saúde e Prevenção em Saúde	12
2 - Prevenção da obesidade na Rede de Atenção à Saúde	15
3 - Prevenção da Obesidade nos Diferentes Estágios da Vida	21
3.1 - Prevenção da obesidade na infância e na adolescência	21
3.2 - Prevenção da obesidade no ambiente escolar	26
3.3 - Prevenção da obesidade na fase adulta	28
3.4 - Prevenção da obesidade da pessoa idosa	33
4 - Prevenção da obesidade no ambiente familiar	36
5 - Prevenção da obesidade na comunidade	39
6 - Referências	42
Capítulo 2 - Abordagem efetiva para o diagnóstico da obesidade	46
1 - Antropometria no Diagnóstico da Obesidade	47
2 - Indicadores clínicos da obesidade	60
2.1 - Perfil glicídico	60
2.2 - Frações lipídicas	63
2.3 - Pressão arterial	64
2.4 - Síndrome Metabólica (SM)	65
2.5 - Inflamação crônica subclínica	66
2.6 - Função renal	68
2.7 - Anemia	69
2.8 - Deficiência de Vitamina D	71
3 - Consumo alimentar	73
3.1 - Formulários de Marcadores do Consumo Alimentar do Sisvan	73
4 - Aspectos psicológicos da obesidade	78
5 - Avaliação dos determinantes ambientais na obesidade	84
6 - Diagnóstico da Obesidade na Rede de Atenção à Saúde	86
7 - Referências	88
Capítulo 3 - Tratamento do sobrepeso e da obesidade no SUS	94
1 - Introdução	94
1.1 - Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT)	96
2 - Abordagens no tratamento do sobrepeso e da obesidade baseadas em evidências científicas	97
2.1 Balanço energético negativo	97
2.2 - Projeto Terapêutico Singular	99

2.3 - Abordagem Centrada na Pessoa (ACP)	102
2.4 - Aconselhamento nutricional e obesidade	107
2.5 - Terapia Cognitivo-Comportamental e obesidade	110
2.6 - Intervenções baseadas em Mindfulness	112
2.7 - Comer Intuitivo	120
2.8 - Análise crítica das dietas da moda para a redução do peso	123
3 - Estágios de mudança do comportamento e adesão à dieta	125
4 - Referências	129
Capítulo 4 - O Autocuidado no Enfrentamento da Obesidade e Promoção da Saúde	135
1 - Estigma da obesidade	135
1.1. - Estigma de Peso	135
2. Cuidado e autocuidado	139
2.1 CUIDADO	139
3 - Compaixão e autocompaixão	144
3.1 - Compaixão	144
4. Referências	147
Considerações Finais	150

Prevenção da Obesidade

1 - ENTENDENDO OS CONCEITOS: PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO EM SAÚDE

Em 1986, em Ottawa, Canadá, ocorreu a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, da qual resultou um documento chamado **Carta de Ottawa** que traz a definição de promoção da saúde:

“Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global”. (CARTA DE OTTAWA, 1986, p.1).



SAIBA MAIS: Os principais pontos da Carta de Ottawa estão disponíveis neste link: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf

Desse modo, a promoção da saúde vem sofrendo uma evolução conceitual, agregando valores humanos e sociais (Figura 1).

Figura 1- Aspectos inseridos no conceito da promoção da saúde



A Política de Alimentação e Nutrição (PNAN), publicada em 1990 representou um importante avanço na construção do elo entre o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN) e o Sistema Único de Saúde (SUS). Dentre as diretrizes que regem a PNAN, as que auxiliam na promoção da saúde são:

Organização da Atenção Nutricional

Promoção da Alimentação Adequada e Saudável

Controle e Regulação de Alimentos

Cooperação e articulação para a Segurança Alimentar e Nutricional

No contexto das ações para Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS), é necessário compreender que o alimento não supre apenas as necessidades metabólicas do organismo. O alimento traz consigo significados afetivos, culturais e comportamentais que não podem ser desconsiderados.

Nesse sentido, o incentivo de práticas alimentares saudáveis deve contemplar os aspectos regionais e hábitos da população, de modo a valorizar a produção local livre de contaminantes, bem como a redução e substituição de alimentos ultraprocessados para a prevenção de distúrbios e doenças nutricionais.

Já a **Prevenção em Saúde** refere-se ao conjunto de ações que pretende evitar a doença em uma pessoa ou população, removendo fatores que podem causar tal desfecho, mediante a promoção e a proteção da saúde.



A prevenção pode ocorrer em quatro níveis: primária, secundária, terciária e quaternária (Quadro 1).

QUADRO 1. NÍVEIS DE PREVENÇÃO EM SAÚDE E SUAS AÇÕES

Nível de prevenção	Objetivo	Ações	População envolvida
Primária	Remover causas ou fatores de risco de determinado problema de saúde.	Elaboração de leis que preconizam a saúde dos indivíduos; campanhas de promoção à saúde; incentivo a diminuição da ingestão de alimentos densamente calóricos, como os ultraprocessados; campanhas de vacinação;	Individual ou populacional.
Secundária	Detectar um problema de saúde em estágio inicial.	Diagnosticar precocemente o problema de saúde, possibilitando tratamento precoce, prevenindo o agravamento da condição do paciente.	Individual ou populacional.
Terciária	Trabalhar com indivíduos que já apresentam a doença visando reduzir prejuízos funcionais por consequência de um problema agudo ou crônico.	Prevenir o agravamento da doença e minimizar sequelas decorrentes de doenças já instauradas possibilitando a melhora da qualidade de vida.	Individual.
Quaternária	Relacionada com o excesso de intervenções diagnósticas ou terapêuticas.	Protege os indivíduos de condutas inadequadas de profissionais da saúde e sugere alternativas eticamente aceitáveis.	Individual.

Fonte: Elaborado pelos autores.

A prevenção de doenças também está compreendida em três categorias: manutenção de baixo risco, redução de risco e detecção precoce (Figura 2).

Figura 2 - Categorias da prevenção de doenças



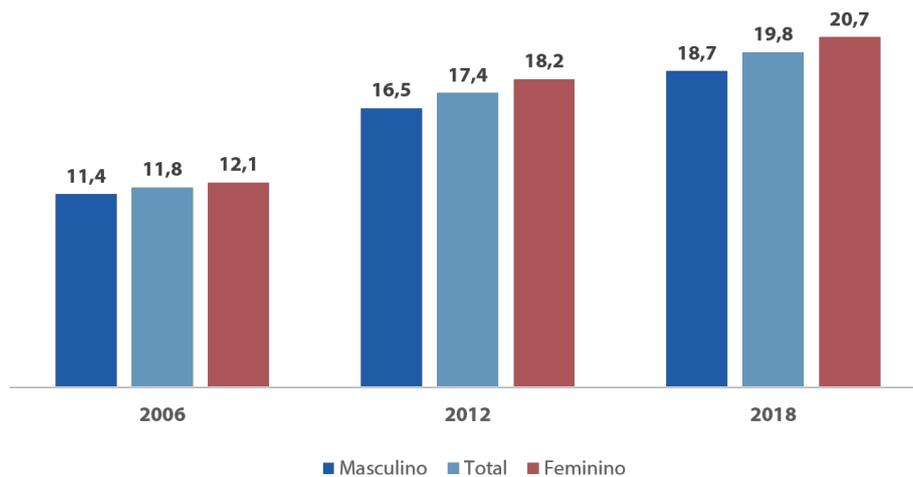
Fonte: Elaborado pelos autores

No que diz respeito à detecção precoce de problemas de saúde, podemos listar duas subdivisões que vão tratar da maneira como essa detecção irá ocorrer. São elas: o diagnóstico precoce e o rastreamento. O **diagnóstico precoce** identifica a doença em estágio inicial, a partir de sinais de sintomas e/ou sintomas clínicos, enquanto o **rastreamento** representa a realização de testes e exames em pessoas assintomáticas. Esse rastreamento é importante para identificar indivíduos que possuem a doença, contudo, não apresentam sinais ou sintomas. Nesse caso, devemos estar atentos ao uso racional de testes e exames, garantindo que a prevenção quaternária possa ser mantida.

2 - PREVENÇÃO DA OBESIDADE NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

A prevalência da obesidade e de suas comorbidades que são, em sua grande maioria, doenças e agravos não transmissíveis vêm aumentando nos últimos anos. Segundo dados do Vigitel (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), entre 2006 e 2018, o percentual de obesidade em adultos no país cresceu 67,8% (Figura 3).

Figura 3 - Prevalência (%) de obesidade no Brasil entre 2006 e 2018 (Vigitel, 2018)



Fonte: Brasil, 2018

A obesidade pode ser definida, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), como “acúmulo excessivo de gordura corporal associado com várias complicações metabólicas”. Está condicionada a fatores biológicos, ambientais, socioeconômicos, psicossociais e culturais.



Nos últimos anos, a sua ocorrência tem sido atribuída principalmente aos ambientes que promovem o consumo excessivo de alimentos processados e ultraprocessados (conteúdo elevado de açúcar e gorduras) e que desestimulam a prática de atividade física. São denominados “ambientes obesogênicos”.

Nesse contexto, as ações para prevenção da obesidade, em todos os seus níveis, são fundamentais para a promoção da saúde, redução do surgimento de doenças associadas e mortes. Ressalta-se ainda a importância de estar atento ao processo de prevenção à obesidade de maneira holística. O foco do profissional de saúde nunca deve estar apenas voltado para a redução do sobrepeso e obesidade. Isso provoca no paciente uma associação de imagem corporal negativa e não traz nenhum benefício ou ganho no processo de tratamento. Uma conduta inadequada no processo de tratamento pode acarretar um sentimento de ansiedade, que pode desencadear o transtorno alimentar no paciente e a relação negativa com a alimentação.

Na prevenção, não basta apenas informar e educar. É necessário ir além. Em longo prazo, apenas o fluxo de informações sobre alimentação saudável e prática de atividade física de profissional da saúde para pessoa com obesidade não têm sido efetivos para diminuição da morbimortalidade dessa doença crônica.

Estudos mostram que parte das pessoas com obesidade que realizaram procedimentos cirúrgicos, como a bariátrica ou lipoaspiração, sem mudança de comportamento alimentar efetivo ou ausência da prática do exercício físico regular, apresentou o que popularmente é conhecido como “efeito rebote”: recuperação do peso perdido ou ainda ganho de peso. Tais relatos reforçam a ideia inicial de que o foco do profissional não deve ser apenas o enquadramento das pessoas no Índice de Massa Corporal (IMC) de eutrofia, mas sim sua inserção numa mudança de estilo e busca da qualidade de vida.



É importante salientar que, na prevenção, o apoio matricial interdisciplinar é de grande importância na capacidade de resolução dos agravos das equipes da Atenção Básica (AB) - esfera responsável por grande parte do cuidado e tratamento desses indivíduos. O compartilhamento de saberes acerca da complexidade das doenças, de forma interdisciplinar, levando em consideração os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) para o indivíduo ou coletividade, possibilita uma proposta mais efetiva de cuidados. Nesse contexto, o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) cumpre esse papel de apoio com as equipes de Saúde da Família (eSF), já que são multiprofissionais.



Em seu território, há ações de prevenção da obesidade? Caso tenha, essas ações são efetivas em todos os níveis de prevenção? Quais estratégias precisam ser traçadas para diminuir a prevalência da obesidade?

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) é formada por conexões horizontais entre os pontos de atenção. A Atenção Primária à Saúde (APS) é o centro de comunicação entre esses pontos, já que realiza a coordenação do cuidado de acordo com as necessidades em saúde de uma população.



Os pontos de atenção à saúde, que constituem a estrutura operacional da RAS, são lugares institucionais interconectados, localizados na rede onde se ofertam serviços de saúde (BRASIL, 2014a). A figura 4 representa graficamente a formação da RAS.

Figura 4 - Estrutura operacional da Rede de Atenção à Saúde



Fonte: Adaptado de Mendes, 2011

A troca de informações entre os pontos de atenção à saúde é importantíssima para a integração entre eles. Dessa maneira, os sistemas logísticos têm essa função para tornar a comunicação eficaz de referência e contrarreferência. Podemos utilizar como exemplo os sistemas de identificação e acompanhamento dos usuários do serviço, as centrais de regulação e o Registro Eletrônico em Saúde (RES).

Os sistemas de informação, assim como o uso do prontuário eletrônico, fornecem suporte para a realização da estratificação de risco da população. Diante dessa estratificação, o planejamento e o acompanhamento do cuidado na RAS serão favorecidos, melhorando a comunicação entre a APS e os diferentes pontos de atenção (BRASIL,2013).

Um dos objetivos da RAS é realizar a sua atenção integral à saúde, das pessoas com doenças crônicas, em todos os pontos de atenção, por meio da realização de ações e serviços de promoção e proteção da saúde das pessoas com doenças crônicas, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde (PORTARIA Nº 483 de 01/04/2014).

Para a atenção ao indivíduo portador de sobrepeso e obesidade, é necessária uma contínua ação de Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) para identificação dos casos, estratificação de risco e organização da oferta de cuidado. A VAN pode ser realizada em todos os pontos de atenção da rede, além das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Destacam-se outros equipamentos e programas que são locais privilegiados para a ação (Figura 5).

Ainda, o cuidado da pessoa com sobrepeso ou obesidade deve ser organizado em RAS, pois precisam de atenção integral, continuada, planejada e capaz de prever suas necessidades. Esse cuidado pode ser provido pelas RAS em três níveis: nos níveis micro (entre os indivíduos e suas famílias), meso (entre os serviços de saúde e a comunidade) e macro (entre as macropolíticas de saúde) (BRASIL, 2014b). Figura 5.

Figura 5 - Pontos de cuidado na Rede de Atenção à saúde



Você viu que a prevenção tem como objetivo a redução do risco de se adquirir uma doença específica, podendo ser realizada em quatro níveis: primária, secundária, terciária e quaternária. Agora vamos ver a atuação dos pontos de atenção nos níveis de prevenção para o enfrentamento da obesidade.

Nível primário: nessa fase, destacamos os programas, instrumentos e ações que incluem a promoção da alimentação saudável e da prática de atividade física regular. Para a prevenção e o controle do sobrepeso e obesidade, é necessário prever a oferta de um leque de ações que apoiem os indivíduos na adoção de modos de vida saudáveis. Por isso, torna-se necessária a articulação da RAS para promoção da saúde e prevenção de complicações, bem como para o atendimento oportuno e resolutivo.

Nesse sentido, compete à APS organizar o fluxo dos usuários nos pontos de atenção, reconhecendo as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade. A figura 6 representa algumas ações de prevenção do sobrepeso e obesidade atreladas a estratégias e programas que viabilizam a execução das ações e a organização da linha de cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade.

Figura 6 - Organização da RAS conforme ações para prevenção e controle do sobrepeso e obesidade nos pontos de atenção à saúde no nível primário disposto no território





SAIBA MAIS Para saber mais sobre os programas, estratégias e ações visite o site da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) em: <http://aps.saude.gov.br/>

Os níveis seguintes de prevenção devem ser complementares e integrados ao primário, superando a atuação fragmentada e isolada que ainda é a realidade de muitos municípios brasileiros.

Níveis secundário, terciário e quaternário: englobam os pontos de Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), atenção hospitalar, Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), dentre outros. Lembre-se sempre que o cuidado perpassa pela APS durante todo esse processo. Isso significa que o vínculo com a equipe da ESF continua durante todo o percurso que o indivíduo faz pela RAS. Para tanto, é necessário que a oferta de serviços por esses pontos de atenção seja planejada a partir do ordenamento da RAS pela APS (BRASIL, 2013). A figura 7 mostra as formas de relação possíveis entre a APS e a AAE:

Figura 7- Interconexões entre a APS e AAE no cuidado da pessoa com sobrepeso e obesidade, com a presença ou ausência de comorbidades, para promoção da saúde e prevenção de complicações



Fonte: Adaptado de Mendes, 2012

Na prevenção do sobrepeso/obesidade, o apoio matricial interdisciplinar é um grande potencializador da resolutividade das equipes da Estratégia da Saúde da Família (eESF). O NASF-AB também pode apoiar, de modo decisivo, as equipes de referência na construção de pontos de articulação da RAS para a integração entre as ações de prevenção em todos os níveis e de acordo com

grau de risco da pessoa com obesidade. Destacam-se, nesse sentido, pontos de atenção, instâncias e serviços territoriais formais, como Centros de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Centros de Referência de Assistência Social (CRAS); conselhos tutelares; serviços de saúde mental, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS AD); centros de convivência; unidades de acolhimento; residências e albergues terapêuticos; serviços de urgência e emergência; além de hospitais e outros pontos de atenção, de acordo com a necessidade do usuário.

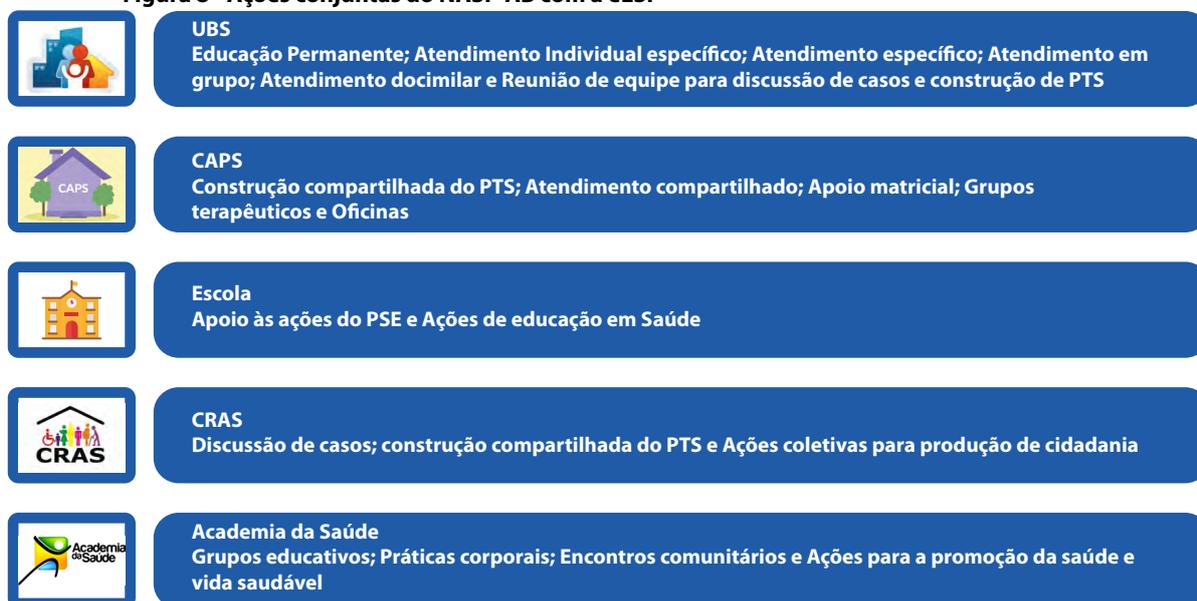
Assim, a equipe do NASF-AB pode evitar encaminhamentos sem indicação e contribuir para qualificar os encaminhamentos necessários da APS, exercendo uma função reguladora compartilhada com as ESFs, para o acesso ao CAPS, ao ambulatório de especialidades, aos centros de reabilitação e aos demais pontos de atenção citados anteriormente.



Esse processo deve ser desenvolvido sempre em parceria com as eESFs, responsáveis pela coordenação do cuidado, e de acordo com a composição e o escopo de ações ofertadas pelo NASF-AB (BRASIL, 2014c).

Os profissionais do NASF-AB também podem construir diálogo com diferentes pontos de atenção, além de buscar corresponsabilização na condução do Projeto Terapêutico Singular (PTS). As relações do usuário com sua família, seu território e os diferentes espaços por onde circula devem ser considerados para a produção do cuidado (Figura 8).

Figura 8 - Ações conjuntas do NASF-AB com a eESF



Fonte: Adaptado de BRASIL, 2014c

3 - PREVENÇÃO DA OBESIDADE NOS DIFERENTES ESTÁGIOS DA VIDA

3.1 - Prevenção da obesidade na infância e na adolescência

A infância e a adolescência compreendem indivíduos menores de 10 anos e entre 10 e 20 anos incompletos, respectivamente, e são fases nas quais são formados os hábitos alimentares e o estilo de vida. A prevalência da obesidade na infância e na adolescência cresceu de forma alarmante em todo o mundo, mas, em países de baixa e média renda, esse crescimento foi igual ou superior a países de alta renda.

No Brasil, de acordo com a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) de 2008-2009, as prevalências de excesso de peso em crianças de 5 a 9 anos triplicaram tanto para meninos (10,9% para 34,8%) quanto para meninas (8,6% para 32%), no período de 1974 a 2009. A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) de 2015 demonstrou que 23,7% dos adolescentes entre 13 e 17 anos possuíam sobrepeso, enquanto 7,8% apresentaram obesidade. Já o Estudo de Riscos Cardiovasculares em Adolescentes (ERICA), realizado em 2013-2014, demonstrou que as prevalências de sobrepeso e obesidade foram de 17,1% e 8,4%, respectivamente.

Concomitantemente a esse aumento, já é possível observar os impactos da obesidade no público jovem. Sabe-se que crianças e adolescentes com diagnóstico de obesidade apresentam cerca de cinco vezes o risco de se tornarem adultos obesos. Além disso, a obesidade infantil pode estar associada ao aumento moderado do risco de mortalidade por diabetes, doenças coronarianas e alguns tipos de câncer na fase adulta.



A obesidade também está relacionada a outras complicações na saúde, como doenças ortopédicas, respiratórias e hepáticas, alguns tipos de câncer e aceleração da puberdade. Pelo estigma de peso e discriminação, crianças com obesidade estão mais propensas a consequências psicossociais, como depressão, ansiedade, bulimia, insatisfação corporal e baixa autoestima.

Como dissemos, a obesidade está condicionada a diversos fatores e sua ocorrência tem sido atribuída a “ambientes obesogênicos” (Figura 9). As preferências alimentares pessoais, decisões de compra e comportamentos alimentares são moldados pelo preço, *marketing*, disponibilidade e acessibilidade, os quais, por sua vez, são influenciados por políticas e regulamentações do mais alto nível para agricultura e comércio.

Além disso, o planejamento urbano, que dificulta a prática de atividade física, a violência e sua percepção, atrelados ao aumento do tempo diante de telas (televisão, computador, *smartphone* e *tablet*), resultam no aumento do comportamento sedentário na infância e adolescência (Figura 10). Nesse aspecto, os profissionais de saúde são imprescindíveis para instruir e desenvolver políticas, ações, leis e regulamentações relacionadas à saúde.

Figura 9 - Modelo ecológico para a influência do ambiente alimentar sobre o consumo alimentar

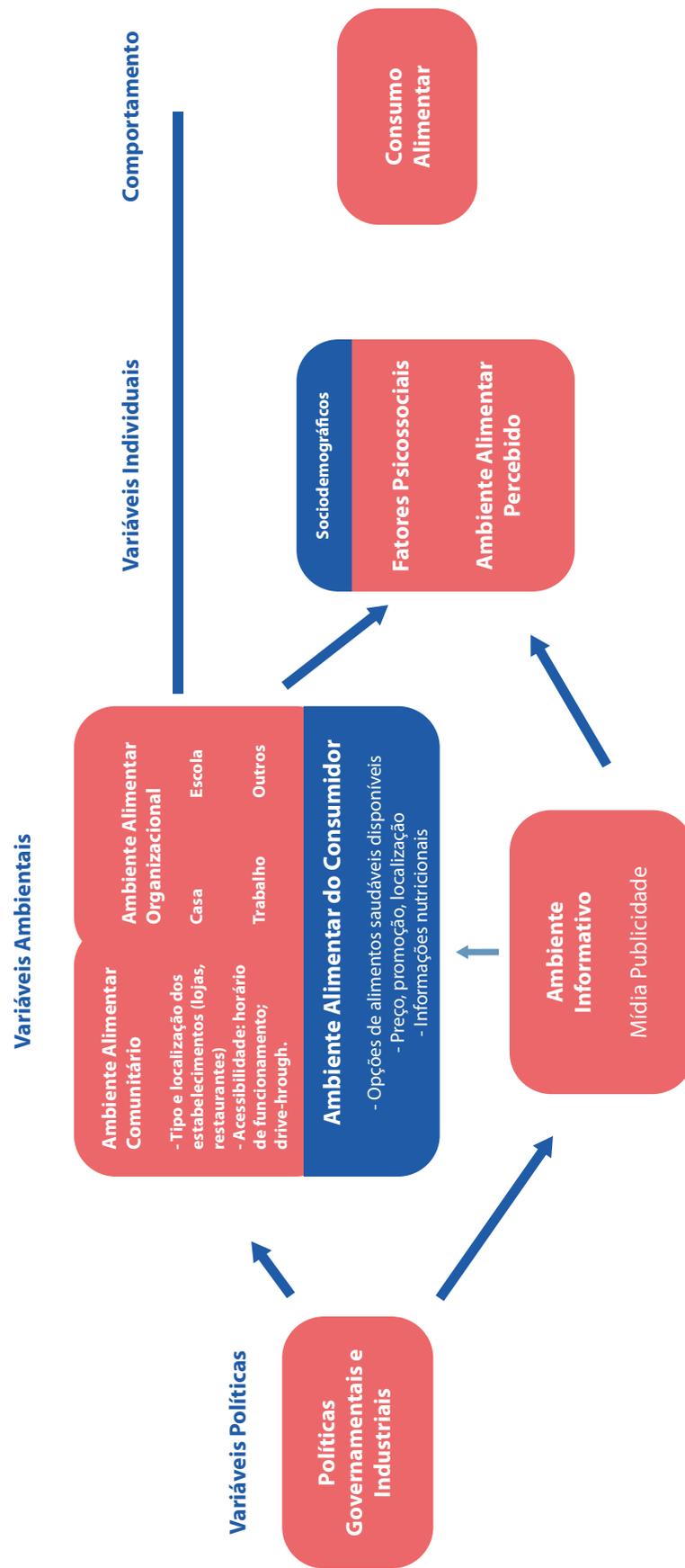
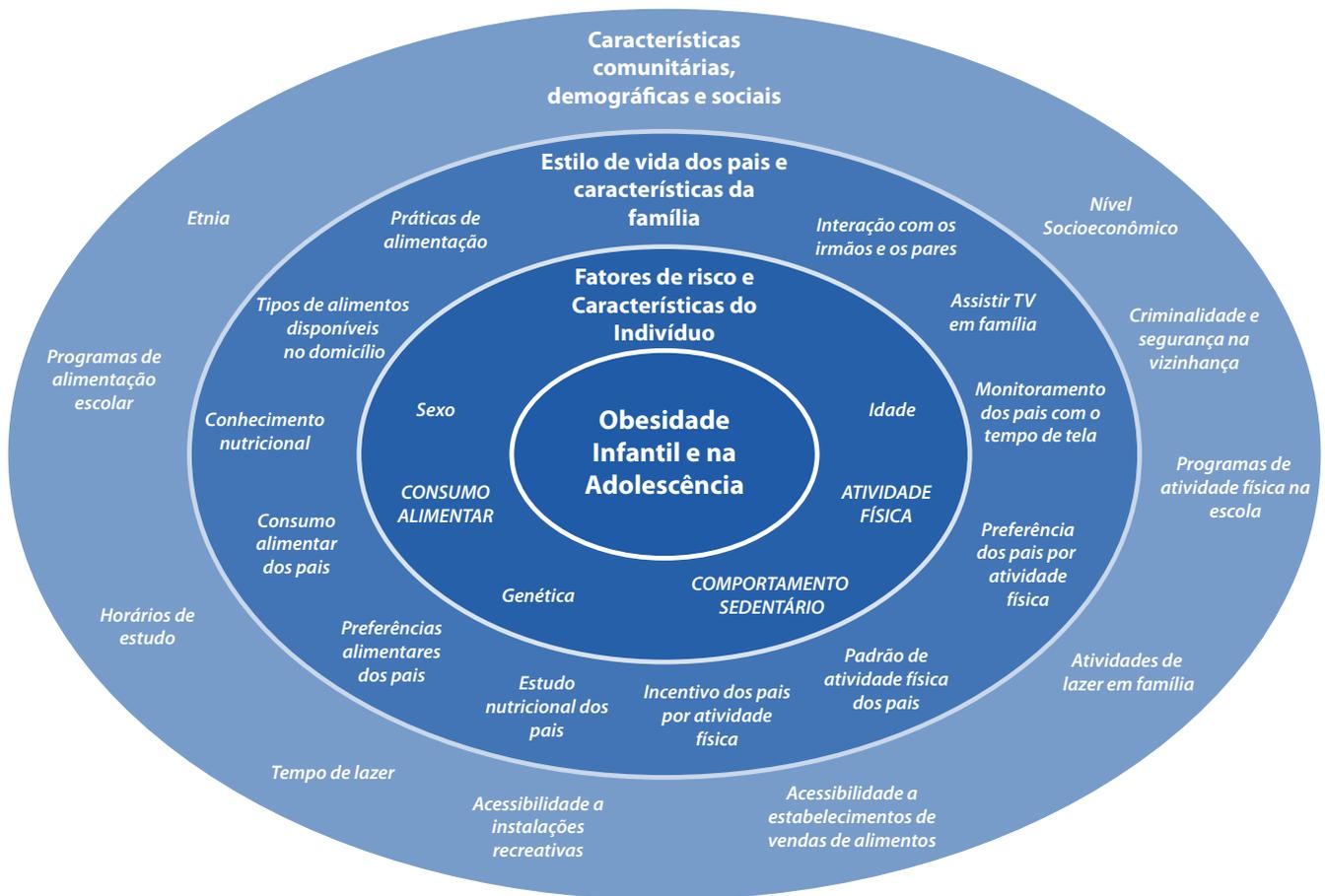


Figura 10 - Modelo teórico para a obesidade infantil e na adolescência



Fonte: Adaptado de Davison e Birch, 2001.

Em 2014, o Plano de Ação para Prevenção da Obesidade em Crianças e Adolescentes foi aprovado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Seu objetivo era controlar o crescimento da epidemia de obesidade em todas as Américas, atuando principalmente na promoção da alimentação saudável e no estímulo à prática de atividade física, modificando o atual ambiente obesogênico (Figura 11). Entretanto, esse Plano de Ação apresentou duração de cinco anos e foi válido até 2019. Espera-se que a partir de 2020 seja publicado algum relatório com os resultados obtidos e sua atualização.



SAIBA MAIS Para saber mais sobre o Plano de Ação para Prevenção da Obesidade em Crianças e adolescentes (OPAS), acesse <https://www.paho.org/bra/images/stories/UTFGCV/planofactionchildobesity-por.pdf?ua=1>

Figura 11 - Ações estratégicas propostas no Plano de Ação para Prevenção da Obesidade em Crianças e Adolescentes (2014-2019) pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)



Fonte: Adaptado de OPAS, 2014.



Como a equipe NASF-AB poderia implementar ou apoiar o desenvolvimento das ações de prevenção da obesidade em crianças e adolescentes previstas pela OPAS?

3.2 - Prevenção da obesidade no ambiente escolar

O crescimento da obesidade no Brasil resultou no desenvolvimento de políticas públicas envolvendo a promoção da saúde, alimentação saudável e atividade física em diversos setores, incluindo escolas, que, juntamente com outros espaços sociais, cumprem papel decisivo na formação dos estudantes.

A escola é um espaço de troca de informações e ideias que possibilita aos estudantes a aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento de habilidades e proporciona o contato com diferentes culturas. Dessa forma, contribui com a construção de valores pessoais, crenças, conceitos e interfere diretamente na produção social da saúde. Assim, pode tornar-se *locus* privilegiado para iniciativas que auxiliam não apenas na prevenção de agravos, mas também na promoção de saúde. É, portanto, um ambiente crucial para a promoção da alimentação saudável, que é importante para a prevenção da obesidade.

Intervenções visando a melhoria da saúde e do estado nutricional ganham uma importância crescente, principalmente nas populações infantis. Isso porque é quando os hábitos de vida ainda não estão completamente consolidados nessa faixa etária em que os indivíduos se encontram mais suscetíveis a mudanças como resultado de intervenções preventivas.

Com a desaceleração na velocidade do crescimento, que acontece a partir dos 2 anos de idade, ocorre redução do apetite e a criança torna-se mais seletiva na ingestão dos alimentos. Contudo, ainda não possui habilidade para a escolha de uma alimentação balanceada e adequada ao seu crescimento e desenvolvimento. Apresenta, ainda nessa fase, evidente senso de imitação. Nesse contexto, os pais, a família, as instituições de educação e os professores desempenham um papel importante na formação dos hábitos alimentares, com o potencial de influenciar positivamente os comportamentos por meio de interações ambientais e sociais.

Na adolescência, embora ocorra maior independência e menor influência da família no controle da alimentação, é comum que o comportamento alimentar seja influenciado pelo grupo no qual o adolescente se identifica socialmente. Assim, a escola continua representando um ambiente importante na formação comportamental, incluindo o que diz respeito à nutrição e à atividade física. Além disso, constitui um ambiente de aprendizagem, no qual os alunos podem adquirir conhecimento essenciais para a autonomia na escolha de alimentação saudável.

Para a garantia do direito humano à alimentação adequada e saudável no Brasil, foi instituído o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE). Trata-se de uma política pública que oferece alimentação escolar e ações de Educação Alimentar e Nutricional (EAN) a estudantes de todas as etapas da educação básica pública. O governo federal repassa a estados, municípios e escolas federais valores financeiros de caráter suplementar para a cobertura de 200 dias letivos, conforme o número de matriculados em cada rede de ensino.



É um programa de grande abrangência no Brasil e que contribui para a formação de hábitos alimentares saudáveis e prevenção da obesidade. Isso porque há a exigência de que pelo menos 70% dos alimentos destinados aos alunos sejam naturais ou com o mínimo de processamento, e que pelo menos 30% do orçamento escolar seja destinado à compra de alimentos da agricultura familiar local.

Outra iniciativa brasileira é o Programa Saúde na Escola (PSE), desenvolvido a partir da integração entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, promovendo a ampliação das ações de saúde aos alunos da rede pública de ensino, as quais incluem a prevenção da obesidade. O Programa reconhece e acolhe as ações de integração entre saúde e educação já existentes. Simultaneamente, proporciona à comunidade escolar a participação em programas e projetos que articulem essas áreas, para o enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças, adolescentes e jovens brasileiros.

Mesmo com a ampliação do acesso à alimentação saudável aos alunos, por meio do PNAE e de outras ações voltadas a esse público, a regulação de cantinas de escolas públicas e privadas e dos seus entornos ainda é um desafio. Afinal, a disponibilização de alimentos processados e ultraprocessados nesses ambientes estimula o seu consumo.

Em Minas Gerais, todas as escolas públicas (municipais e estaduais) e privadas devem seguir uma série de ações para promoção da alimentação adequada, saudável e sustentável. As ações incluem o incentivo ao consumo de alimentos, como frutas, legumes e verduras, de acordo com as determinações do Decreto Estadual nº 47.557, de dezembro de 2018. A proibição do fornecimento e comercialização de produtos e preparações com altos teores calóricos, de gordura saturada, gordura trans, açúcar e sal, ou com poucos nutrientes, também é prevista pelo decreto.



Esse documento também se estende aos vendedores ambulantes posicionados nas entradas e saídas das instituições de ensino, estabelecimentos comerciais localizados no interior das escolas, empresas fornecedoras de alimentação escolar e serviços de *delivery*. Outro aspecto considerado no decreto é a proibição da exposição nas escolas de materiais publicitários com o objetivo de persuadir crianças e adolescentes para o consumo de produtos com alto valor calórico.

Por exemplo, a utilização de personagens e outros materiais com apelo a esse público. Essas restrições publicitárias também constituem um desafio, uma vez que afetam diretamente o setor privado comercial, considerando que cantineiros, fornecedores e a indústria de alimentos lucram com a venda desses produtos.



SAIBA MAIS! Para saber mais sobre o Decreto Estadual Nº 47.557 de dezembro de 2018, acesse http://www.saude.mg.gov.br/images/noticias_e_eventos/000_2019/abril_maio_junho/DECRETO_N%C2%BA47.557_-_regulamenta_EAN_nas_escolas.pdf

Tais políticas, que limitam o *marketing* dirigido às crianças e adolescentes, estão em acordo com as recomendações publicadas pela OMS e OPAS. Elas se preocupam com a vulnerabilidade desse público ao poder persuasivo das

mensagens publicitárias e apontam essas políticas como instrumentos para reduzir a obesidade. Consideram ainda que o ambiente alimentar e a exposição à publicidade na infância são condicionantes importantes da obesidade infantil e que as práticas alimentares estabelecidas na infância tendem a sustentar-se na vida adulta.

Todavia, a adesão das escolas às diretrizes propostas pode produzir resistência dos alunos, das famílias e de membros da comunidade escolar. Isso porque a regulação da disponibilidade de alimentos pode tensionar as distintas perspectivas sobre as liberdades individuais quanto às escolhas alimentares. Assim, é importante a implementação de ações de EAN que integrem pais, professores, nutricionistas, manipuladores de alimentos (merendeiras) e cantineiros, para que possam contribuir para a formação de hábitos alimentares saudáveis (Figura 12).

Figura 12. Integração de setores para enfrentamento da obesidade no ambiente escolar



Fonte: Elaborado pelos autores



Existe parceria entre as escolas, UBS e NASF-AB para PAAS adequada e saudável na sua comunidade?

3.3 - Prevenção da obesidade na fase adulta

A fase adulta, de acordo com o Ministério da Saúde, abrange homens e mulheres com idade entre 20 e 59 anos (BRASIL, 2017a). A epidemiologia da obesidade nessa faixa etária atinge 18,8% dos brasileiros, cujo IMC ≥ 30 Kg/m² (WHO, 2018).

Nesse sentido, o PAAS, o Guia Alimentar para População Brasileira e a PNAN são instrumentos para trabalhar a prevenção da obesidade em adultos. A difusão de conhecimento desses materiais é muito importante, uma vez que servem como base para prevenção em todos os níveis. O Ministério da Saúde conta também com outros instrumentos que servem como apoio para ser utilizado no enfrentamento da obesidade.

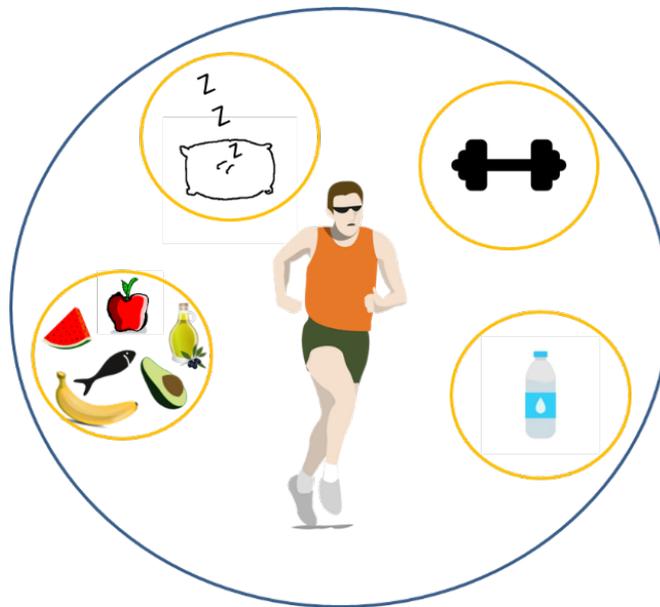
No presente material, estão reunidas e descritas algumas ações de prevenção que podem ser aplicadas por diferentes profissionais da saúde com o objetivo da redução do peso e aumento da qualidade de vida.

Ações de prevenção primária

A prevenção primária para os adultos é aquela voltada aos indivíduos que apresentam peso saudável. É a mais conhecida e sugerida pelos conselhos de saúde, uma vez que reduzem o risco do desenvolvimento de sobrepeso e obesidade para a população em geral. Dessa forma, a seguir iremos detalhar diferentes ações para a prevenção da obesidade, em seus diferentes níveis.

- **Adoção de um estilo de vida saudável:** dentre as ações para a prevenção do excesso de peso, esta é uma das mais importantes. São exemplos comuns: praticar atividade física, se alimentar de forma saudável, ingerir dois litros de água ao dia e dormir bem (Figura 13).

Figura 13. Fatores que contribuem para redução do risco de desenvolver obesidade e suas complicações



Alimentação saudável

Para facilitar o entendimento sobre o que se baseia uma alimentação saudável, o Ministério da Saúde aponta as seguintes características: ser variada, colorida, harmoniosa, segura, garantida e respeitosa.

Variada: Consumir diferentes tipos de alimentos: como carnes, frutas, legumes, hortaliças, a fim de evitar a monotonia alimentar e, dessa forma, aumentar o consumo de nutrientes.

Colorida: É uma estratégia que facilita a garantia da maior variedade de vitaminas e minerais. Esses alimentos devem ser naturais, consumidos crus ou cozidos.

Harmoniosa, garantida e respeitosa: Em quantidade e qualidade, considerando aspectos culturais, afetivos e comportamentais.

Além de uma alimentação que garanta o aporte nutricional, outros fatores também contribuem para a prevenção da obesidade, como a ingestão adequada de água e mudança de estilo de vida.

- **Água é essencial para a manutenção da vida.** A ingestão adequada de 0,03 a 0,045 ml/kg ou 9 a 13 copos americanos (200ml) de água por dia é capaz de controlar a pressão sanguínea. Isso porque consegue alterar a densidade do sangue, além de reduzir as chances do desenvolvimento de Doença Renal Crônica (DRC). A água corporal também é utilizada para formação de fluidos corporais, como saliva, hormônios e lágrimas.

Alguns estudos colocam a hidratação como um dos fatores que influenciam diretamente na saciedade, uma vez que o centro de controle da sede fica próximo ao centro de controle do apetite. Assim, quando há uma redução dos fluidos corpóreos é gerado um aumento da pressão osmótica cerebral, que ativa o centro de controle do apetite e gera a sensação de fome (PHILLIPS et al., 1984).

- **Prática regular de atividade física:** além de contribuir para a perda de peso, também auxilia na redução do risco de doenças crônicas, como hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, Acidente Vascular Cerebral (AVC), diabetes mellitus tipo 2 (DM2), alguns tipos de câncer e depressão. Reduzem ainda as chances de quedas em geral, uma vez que fortalecem ossos e músculos, diminuindo a ansiedade e o estresse, melhorando a disposição (GOMES, 2015).

O Ministério da Saúde preconiza uma dedicação de 150 min/semana para atividade física moderada e ainda oferece sugestões de como adaptar o tempo na rotina e de como começar a prática (BRASIL, 2017b). Inicialmente, se o indivíduo for sedentário, a atividade escolhida não deve exigir grande preparo físico. Em seguida, a possibilidade de contar com uma companhia pode incentivar e se tornar um estímulo extra. Outro fator que ajuda a manter a rotina de exercícios é realizá-los próximo à residência e em local adequado, como parques e praças (BRASIL, 2017b).

Ações de prevenção secundária

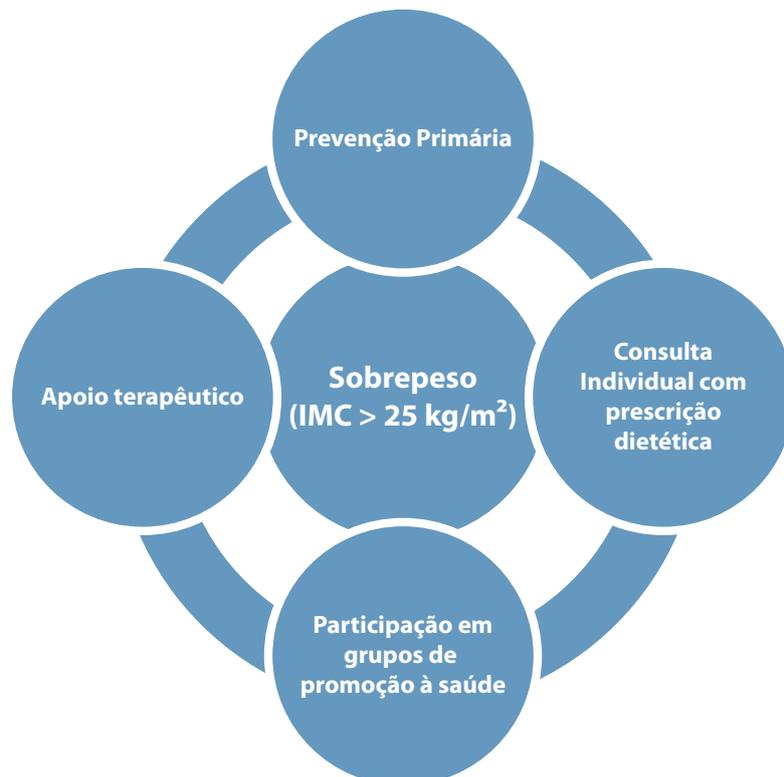
- **IMC:** A prevenção secundária deve ser adotada quando o indivíduo apresenta sinais iniciais do excesso de peso, como IMC aumentado ($\geq 25 \text{ Kg/m}^2$) e gordura abdominal elevada (circunferência da cintura: homens $> 102 \text{ cm}$ e mulheres $> 88 \text{ cm}$). Assim, recomenda-se que as medidas de prevenção secundárias sejam aplicadas juntamente com as da prevenção primária.

Como o risco para o desenvolvimento da obesidade e outras doenças é maior quando o IMC está acima da faixa de normalidade ($> 25 \text{ kg/m}^2$), é necessário um acompanhamento nutricional mais próximo do paciente. Ações preventivas voltadas à EAN, a prática de atividade física e outras recomendações gerais de saúde podem não ser mais tão eficazes. Sugere-se, então:

- **Acompanhamento nutricional individual:** complementado com prescrição dietético-nutricional, bem como frequência em reuniões em grupo de apoio e promoção à saúde (Figura 14). É proposto, porque a conduta do profissional de saúde pode se adequar às necessidades e realidades do paciente, aumentando, as chances de ser posto em prática e obter resultados benéficos à saúde.

- **Grupos de promoção à saúde:** contribuem para compartilhar experiências, compor um ambiente social, no qual se é ouvido, e empoderar os participantes a criarem locais mais saudáveis. Geram também vínculo e confiança com os profissionais de saúde. Diante disso, essas intervenções devem ser constantes para evitar a desistência e, ou a desmotivação.

Figura 14 - Ações de prevenção secundária na obesidade

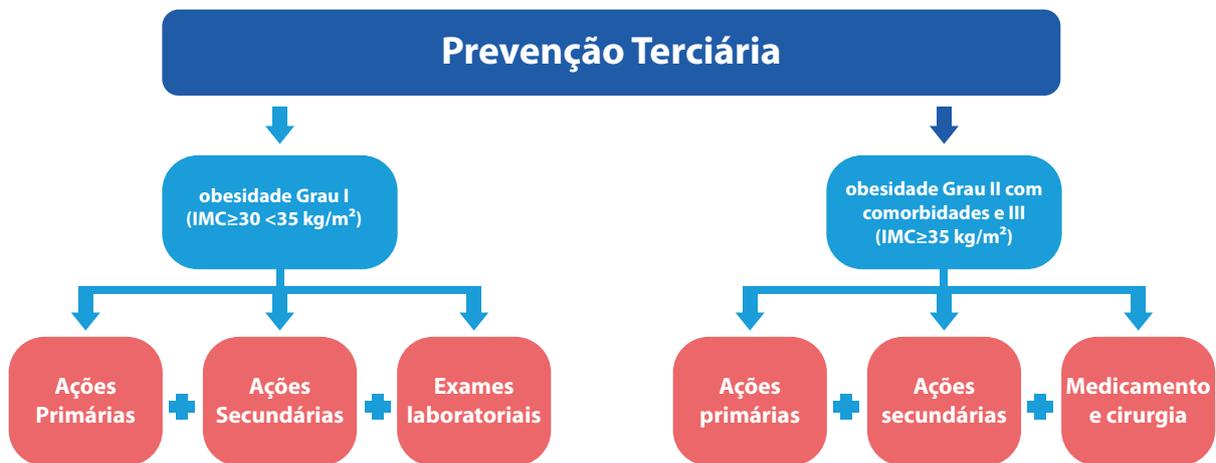


Ações de prevenção terciária

A prevenção terciária é aplicada quando o indivíduo está com a obesidade ($\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$) instalada, associada ou não a outras doenças crônicas. Deve ser realizada a fim de reduzir o risco de complicações e promover a qualidade de vida da pessoa. Os tratamentos da prevenção primária e secundária devem fazer parte dessa esfera de prevenção. Para indivíduos com obesidade grau I ($\text{IMC} \geq 30$ e $< 35 \text{ kg/m}^2$), as medidas preventivas ficam acerca daquelas adotadas nas prevenções estudadas anteriormente, acrescidas de realização de exames laboratoriais de rotina para análise da progressão da doença.

Por sua vez, a intervenção cirúrgica e medicamentosa também está incluída nessa esfera de prevenção, uma vez que as complicações provocadas pela obesidade podem superar os riscos de uma cirurgia. Contudo, essas intervenções são aconselhadas para indivíduos com obesidade grau II ($\text{IMC} > 35 \text{ kg/m}^2$) com doenças crônicas associadas ou indivíduos com obesidade grau III ($\text{IMC} > 40 \text{ kg/m}^2$), como mostra figura 15.

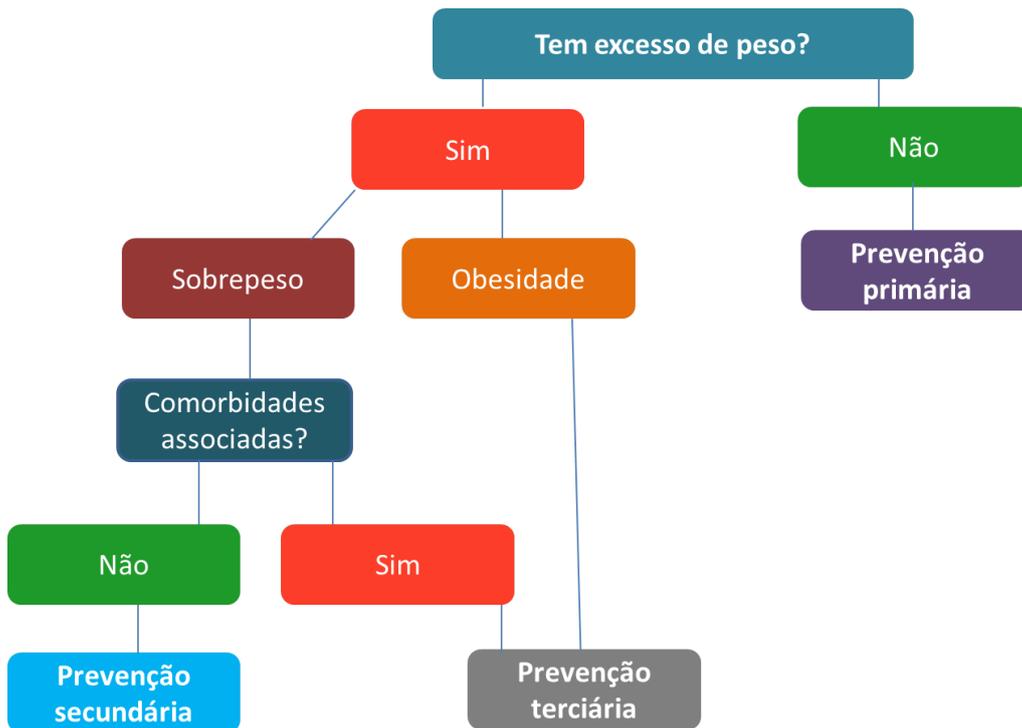
Figura 15 - Ações de prevenção terciária, de acordo com o grau de obesidade



Fonte: Elaborado pelos autores

Assim, as medidas preventivas reúnem ações de promoção à saúde, adoção de estilo de vida saudável, participação em grupo de apoio, intervenção nutricional e médica, com inclusão de medicamentos e cirurgia, dependendo da gravidade da doença. As ações para prevenir ou evitar o agravamento da doença devem ser coordenadas e integradas para o reconhecimento precoce do estágio da obesidade e uso das ações de intervenção mais apropriadas (Figura 16).

Fluxograma 16 - Algoritmo das ações de prevenção na obesidade



Fonte: Elaborado pelos autores



Em seu território, vocês organizam o processo de trabalho para ações de prevenção da obesidade seguindo algoritmos?

3.4 - Prevenção da obesidade da pessoa idosa

Segundo o Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010, a **população idosa** brasileira é composta por 23 milhões de pessoas, ou seja, 11,8% do total do país.



População idosa: a denominação pessoa idosa é usada, no Brasil e em outros países em desenvolvimento, para se referir às pessoas que têm 60 anos ou mais.

A expectativa de vida para a população brasileira aumentou para 74 anos, sendo 77,7 anos para a mulher e 70,6 para o homem. Esse aumento representa uma importante conquista social e resulta: da melhoria das condições de vida, com ampliação do acesso a serviços médicos preventivos e curativos, avanço da tecnologia médica, ampliação da cobertura de saneamento básico, água encanada, esgoto, aumento da escolaridade, da renda, dentre outros determinantes sociais.

O envelhecimento da população brasileira impactou e trouxe mudanças no perfil demográfico e epidemiológico em todo país, produzindo demandas que requerem respostas das políticas sociais envolvendo o Estado e a sociedade, implicando novas formas de cuidado, em especial aos cuidados prolongados.



Em 2006, a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) foi atualizada e estabeleceu como meta a atenção à saúde adequada e digna para os idosos brasileiros. Nesse caso, considerando a condição de funcionalidade, entendendo que a incapacidade funcional e as limitações físicas, cognitivas e sensoriais não são consequências inevitáveis do processo de envelhecimento, embora reconheça que a prevalência de incapacidade aumente com a idade, mas, sozinho, esse fator não será necessariamente preponderante para essa condição.

Para planejar ações voltadas para a população idosa, é necessário saber quantas pessoas nessa faixa etária vivem no território de abrangência e quais são suas diferentes necessidades. Uma forma de planejar o cuidado da pessoa na terceira idade a partir dessas necessidades é a avaliação de sua capacidade funcional e dos cuidados pertinentes a essa capacidade.

Tais critérios podem ser identificados durante as visitas domiciliares e nas avaliações propostas na *Caderneta da Saúde da Pessoa Idosa*, que foi estruturada pelo Ministério da Saúde como um dos instrumentos estratégicos de *acompanhamento longitudinal das condições de saúde* dessa população nos serviços de saúde. De acordo com a condição funcional da pessoa idosa identificada a partir da avaliação realizada com o uso da Caderneta, será elaborado o plano de cuidados. A elaboração desse plano, coordenado e integrado, em curto, médio e longo prazo, visa especialmente à **recuperação e/ou à manutenção da capacidade funcional da pessoa idosa**. O sucesso do plano de ação depende do envolvimento do usuário, dos familiares e da equipe de saúde.

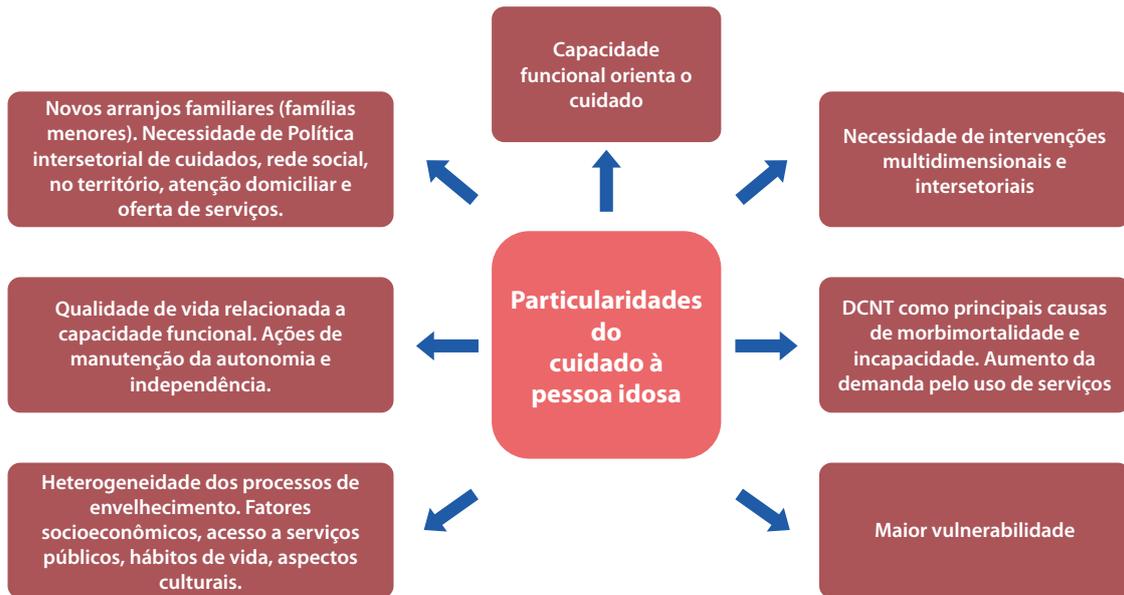


SAIBA MAIS Para conhecer um pouco mais sobre a PNSI, acesse o link: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html

A atenção à pessoa na terceira idade implica a construção de um novo paradigma das práticas de saúde. Isso porque demanda a ampliação do olhar em relação ao modelo biomédico vigente focado na doença e na cura. O idoso apresenta características peculiares quanto à apresentação, instalação e desfecho dos agravos em saúde, traduzidas pela maior vulnerabilidade a eventos adversos, necessitando de intervenções multidimensionais e multisetoriais, com foco no cuidado (figura 17).

De fato, a atuação integrada - desenvolvida pelas equipes NASF-AB com as ESF e equipes dos demais níveis de atenção - pode proporcionar discussões de casos clínicos, atendimento compartilhado entre profissionais, tanto na UBS como nas visitas domiciliares, construção conjunta de projetos terapêuticos, de forma a ampliar e qualificar as intervenções no território. Tais ações de saúde também podem ser intersetoriais, com foco prioritário naquelas de prevenção e promoção da saúde.

Figura 17 - Características da pessoa idosa a serem considerados no cuidado integral



Fonte: Brasil, 2014

- **Academias da Saúde:** constituem-se espaços de promoção da saúde com a realização de atividades físicas, práticas corporais, artísticas, informações sobre Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), com impacto positivo na autonomia e mobilização dessa população. Configuram-se como espaços privilegiados para a inclusão da população idosa.

Nesse sentido, o programa precisa levar em consideração as especificidades desse grupo populacional, seus interesses, bem como suas limitações corporais, cognitivas ou de outra natureza, ao realizar a planificação de suas atividades. É muito importante que as secretarias estaduais e municipais ofereçam espaços de convivência intergeracional, invistam em ações que atendam algumas necessidades específicas da população idosa, como fortalecimento muscular, orientações sobre alimentação saudável e autocuidado.

- **Prática de uma alimentação adequada e saudável:** é importante em todas as fases da vida, mas a população idosa é propensa a alterações nutricionais, devido a fatores relacionados às modificações fisiológicas, psicológicas e sociais; ocorrência de doenças crônicas; uso de diversas medicações; dificuldades com a alimentação, e alterações da mobilidade com dependência funcional.

- **Perda da capacidade funcional:** Outra condição associada à população idosa é a sarcopenia, definida como perda da massa e força muscular relacionadas à idade. No Brasil, Alexandre et al. (2018) relataram uma prevalência de sarcopenia na população geral de idosos de 15,4%. As taxas foram fortemente associadas à idade, chegando a 46% entre os indivíduos ≥ 80 anos.

Assim, os profissionais de saúde devem considerar os diferentes aspectos que interferem na qualidade de vida dos idosos, visando à melhoria de sua autoestima e motivação para a realização de tarefas cotidianas, dentre elas, a alimentação saudável. Deve-se enfatizar a importância da nutrição e da promoção de hábitos alimentares saudáveis.

A alimentação deve ser variada, conter os diferentes grupos de alimentos, ser agradável, a fim de despertar o apetite e o prazer de comer. Outro aspecto

importante é o cuidado com o sabor, o aroma, a cor, a textura e a temperatura dos alimentos, assim como o respeito pelos hábitos e preferências de cada indivíduo, desde que saudáveis e não prejudiciais à sua saúde.



SAIBA MAIS O Ministério da Saúde recomenda os *Dez passos para a alimentação saudável de Idosos* (BRASIL, 2009), que propõem orientações práticas a serem seguidas no cotidiano (Acesse: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/alimentacao_saudavel_idosa_profissionais_saude.pdf).

É importante respeitar a regularidade de horários das refeições, dentre as quais são indispensáveis o desjejum, o almoço, o lanche e o jantar. O consumo de menores quantidades de alimentos por refeição pode facilitar a digestão, visto que os processos digestivos estão mais lentos.

Intervenções de promoção da saúde que incluam cuidados com a alimentação, a prática de atividade física moderada e o aconselhamento apresentam melhores resultados no acompanhamento de idosos com obesidade (MCTIGUE; HESS; ZIOURAS, 2006). No entanto, qualquer intervenção para a promoção da perda de peso intencional deve levar em consideração as especificidades dessa população, analisar cuidadosamente os benefícios e riscos possíveis (desnutrição) e incorporar a atividade física.

Portanto, apesar de as mudanças fisiológicas, psicológicas e sociais ocorrerem com o passar da idade, é necessário buscar o equilíbrio e a manutenção do estado nutricional para a promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida. Para tanto, os profissionais devem oferecer uma atenção integrada, humanizada e levar em consideração as necessidades específicas de cada indivíduo.



Além disso, a inserção social é um aspecto importante para melhoria da qualidade de vida dos idosos. Ações para o cuidado deste grupo, com estímulo à socialização, podem ser enfatizadas como passeios, jogos, leituras, brincadeiras, atividades manuais, físicas e psicomotoras.

4 - PREVENÇÃO DA OBESIDADE NO AMBIENTE FAMILIAR

A configuração de família tem mudado nos dias atuais. No entanto, assumiremos que família é o conjunto de pessoas que vivem na mesma casa, incluindo marido, esposa, filhos, avós, amigos e outros, não apenas pessoas com ancestralidade em comum, uma vez que as pessoas próximas são capazes de influenciar no humor, na alimentação e no estilo de vida, todos relacionados a fatores determinantes da obesidade.

Nesse sentido, a família exerce papel fundamental no sucesso de uma pessoa durante o controle e tratamento da obesidade, uma vez que a maior parte das refeições é realizada em ambiente familiar, que envolve vínculo afetivo-emocional relevante.

Contudo, antes de exemplificar as ações preventivas que podem ser adotadas pelos familiares é necessário resgatar diferentes conceitos relacionados ao ato de se alimentar. Esses conceitos devem estar difundidos entre os profissionais da saúde e familiares, para aumentar a compreensão do comportamento do paciente e evitar a estigmatização do indivíduo com obesidade (quadro 2).

QUADRO 2. DEFINIÇÕES DOS CONCEITOS ALIMENTARES

ALIMENTAÇÃO Ato relacionado às relações humanas mediada pela comida	NUTRIÇÃO Ciência com foco nos nutrientes
COMIDA Preparação com funções culturais e simbólicas	ALIMENTO Destinado à nutrição, desenvolvimento e manutenção do organismo
FOME HEDÔNICA OU APETITE Desejo de comer algo específico	FOME Necessidade fisiológica. Não é emocional
ESCOLHA ALIMENTAR Ato que determina o consumo alimentar	CONSUMO ALIMENTAR Ingestão de alimentos

Fonte: Adaptado de Alvarenga et al, 2019.

Devemos encarar a alimentação como um ato social, que tem significados cultural e simbólico, nos quais as escolhas alimentares são feitas considerando sentimentos, humor e diversas emoções. Além disso, em alguns lares, a comida é oferecida às crianças como recompensa ou punição - tais atitudes podem reverberar e determinar o comportamento alimentar na vida adulta.



Diante disso, quais ações e como a família pode contribuir para prevenção da obesidade? As ações de prevenção no ambiente familiar devem envolver o apoio do (a) cônjuge e de outros membros e, para isso, é necessário que o profissional de saúde identifique como é o funcionamento da família.

Para esse caso, o *Caderno de Saúde 38*, do Ministério da Saúde, destaca um método interessante para a assimilação: o PRACTICE. Ele aborda as seguintes dimensões: exploração do **P**roblema, dos **P**apéis (Rules), do **A**feto, da **C**omunicação, do **T**empo no ciclo de vida, da história do adoecimento (*Illness history*), da **C**omunidade e do ambiente (**E**nvironment) que envolvem a família (Quadro 3).

DIMENSÃO E BREVE EXPLICAÇÃO	AÇÕES PARA ABORDAGEM
<p>Problema: Reconhecer o problema a ser enfrentado, seus significados e efeitos para a família.</p>	<p>Escutar o que a família diz sobre a obesidade. Qual o significado da obesidade para os membros da família (culpa? vergonha)? Quais os efeitos da obesidade na família (como lidam com determinadas situações, mudanças no cardápio)?</p>
<p>Papéis: Identificar as diferentes funções dos membros da família, do problema e do profissional de saúde.</p>	<p>O que a pessoa com obesidade faz de diferente na família por causa de sua condição? Como cada membro da família pode agir para enfrentar a obesidade? Ver Quadro 18. O que a família espera do profissional de Saúde?</p>
<p>Afeto: Como a família se relaciona afetivamente entre si e com o profissional de Saúde</p>	<p>Mostrar empatia. Autorizar a expressão de sentimentos. Como é o envolvimento afetivo entre a pessoa com obesidade e os demais membros?</p>
<p>Comunicação: Forma de se comunicar entre os membros da família e com o profissional de saúde</p>	<p>Facilitar comunicação aberta. Não deixar assuntos inacabados. Desafiar alianças veladas.</p>
<p>Tempo no ciclo de vida: Qual a fase do ciclo de vida por que passa a família e como a obesidade afeta a transição.</p>	<p>Identificar a fase do ciclo de vida familiar. Discutir a transição no ambiente familiar.</p>
<p>História do adoecimento: Como a família vê a obesidade (medos, crenças, padrão entre gerações).</p>	<p>Abordar medos e crenças. Abordar repetições de padrão.</p>
<p>Comunidade e seus recursos</p>	<p>Existem espaços na comunidade que facilitam o enfrentamento da obesidade (locais para atividade física, grupos de controle do peso)? Como a família vê esses recursos?</p>
<p>Ambiente</p>	<p>Ambiente</p>

Fonte: Adaptado de Asen et al., 2012

O profissional da saúde pode ainda identificar três características nos membros da família, segundo Watson et al. (2004), que prejudicam a mudança de hábitos.

1) Sabotador: É o componente da família que não muda o comportamento para ajudar o parente que precisa emagrecer. Por exemplo, quando a pessoa que cozinha não muda as formas de preparo ou a criança continua recebendo guloseimas de pessoas próximas.

2) Crítico: Quando os membros da família desencorajam ou não demonstram confiança na capacidade do parente em emagrecer. Por exemplo, o marido que diz que a esposa não vai conseguir ou debocha quando ela vai aos grupos de perda de peso.

3) Motivador: É o membro da família que colabora para as mudanças.

Após o reconhecimento das informações da dinâmica familiar, o profissional de saúde pode facilitar ações de mudanças. Por exemplo, quando identificados membros com as características 1 e 2 (*sabotador* ou *crítico*), é necessário que o profissional de saúde converse reservadamente com eles, expondo que essas atitudes prejudicam a continuidade do tratamento e podem também provocar transtornos mentais e psicológicos, como depressão, ansiedade e baixa autoestima. Se a pessoa que cozinha apresenta peso adequado, mas prepara muitas frituras, suco artificial e outras formas impróprias de preparo, o profissional de saúde deve demonstrar os efeitos dessas preparações contra a saúde e indicar maneiras mais saudáveis de se preparar do alimento.

Outra possibilidade: se o chefe da família compra *fast food* para consumir no horário do jantar, é fundamental que o profissional contribua com receitas saborosas, práticas e saudáveis para substituir a refeição habitual.

É interessante que a família participe dos encontros da AB e um bom exemplo para estimular essa participação é o oferecimento de oficinas culinárias. as oficinas podem contribuir para práticas alimentares mais saudáveis na família com o aumento do consumo de alimentos in natura ou minimamente processados. Também é importante que a família esteja presente nas consultas para servirem de apoio psicológico e demonstrar interesse e incentivo ao parente para mudança de hábitos. Além disso, o contato com os familiares é importante para que mitos possam ser desmitificados.

5 - PREVENÇÃO DA OBESIDADE NA COMUNIDADE

Para que as ações de prevenção da obesidade na comunidade sejam efetivas, são necessários que os três níveis estratégicos de organização sejam considerados:

Os âmbitos micro (das relações entre as equipes de saúde, as pessoas usuárias e suas famílias), **meso** (das organizações de saúde e da comunidade) e **macro** (das macropolíticas, que regulam o sistema de Atenção à Saúde) (OMS, 2006).

O comportamento diário dos usuários de aderir a esquemas terapêuticos, praticar exercícios físicos, alimentar-se de forma adequada, abandonar o tabagismo e interagir com as organizações de saúde influencia os resultados sanitários em proporções maiores que as intervenções médico-sanitárias tradicionais. A tríade presente no âmbito micro está representada pelas pessoas usuárias e suas famílias, pela equipe de saúde e pelo grupo de apoio da comunidade (BRASIL, 2014a).

QUADRO 4. AÇÕES DE PREVENÇÃO DA OBESIDADE NA COMUNIDADE

ÂMBITO DE AÇÃO	EXEMPLOS DE AÇÃO	ATORES ENVOLVIDOS
Micro	<ul style="list-style-type: none"> • Eventos em praças públicas como campanhas, feiras de saúde, mobilizações locais • Grupos operativos e atividades educativas como práticas corporais, trocas de receitas, oficinas culinárias, hortas comunitárias, rodas de experiências 	<ul style="list-style-type: none"> • Todos os moradores da comunidade • Profissionais de saúde da ESF/ UBS • Conselho de Saúde Municipal • Conselhos locais
Meso	<ul style="list-style-type: none"> • Cumprimento de deveres dos membros da comunidade • Participação em Conselhos de Saúde locais e municipais • Segurança de vias públicas • Alimentação de qualidade nas escolas do bairro • Melhoria nos serviços de saúde da comunidade • Melhoria de equipamentos públicos e privados dos serviços de educação, segurança e saúde 	<ul style="list-style-type: none"> • Todos os moradores da comunidade • Profissionais de saúde da ESF/ UBS • Conselho de Saúde Municipal • Conselhos locais • Secretarias municipais de saúde e educação • Secretarias estaduais de saúde, educação e segurança pública
Macro	<ul style="list-style-type: none"> • Políticas públicas de saúde para VAN para PAAS, como PNAN, Bolsa Família, PSE, Programa Mais Educação, Academia de Saúde, etc. • Políticas públicas de educação continuada e permanente • Políticas públicas de fiscalização e regulação das mídias e propagandas de produtos alimentares, principalmente aqueles voltados ao público infantil • Políticas públicas de fiscalização da produção e da rotulagem nutricional, exigindo das indústrias transparência, segurança microbiológica e nutricional dos alimentos comercializados e proteção à saúde do consumidor • Políticas públicas de estímulo à produção agrícola local, especialmente produtos orgânicos • Políticas públicas que melhorem segurança em parques e espaços de lazer 	<ul style="list-style-type: none"> • População brasileira • Organizações não governamentais • Universidades • Conselhos Municipais, Estaduais e Federais • Câmaras Municipais, Estaduais e Federais.

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2014a.

- **No âmbito micro**, as ações de prevenção da obesidade na comunidade estão relacionadas com ações dos profissionais de saúde das ESF/UBS. Eles devem estimular o fortalecimento de lideranças comunitárias e a participação dos moradores no Conselho Local de Saúde (CLS), incentivando-os a atuar nos processos de decisão dos setores públicos e privados que exerçam influência na saúde da comunidade. Os indivíduos e comunidades podem formar grupos de apoio para fortalecer o enfrentamento à obesidade, tornando-se também agentes promotores de saúde.

- **No âmbito meso**, as organizações de saúde juntamente com a comunidade devem promover a coordenação da Atenção à Saúde; utilizar tecnologias de gerenciamento da obesidade; desenvolver uma atenção proativa, contínua e integral, com valorização relativa dos procedimentos promocionais e preventivos; estimular e apoiar as pessoas usuárias e suas famílias no seu autocuidado; adotar diretrizes clínicas construídas com base em evidências científicas; implantar sistemas de informação clínica potentes, investindo fortemente em tecnologia de informação; integrar os recursos da organização com os recursos comunitários, e mobilizar e coordenar os recursos comunitários (BRASIL, 2014a).

- **No âmbito macro**, propõe-se a elaboração de políticas que considerem as singularidades das condições crônicas e que desenvolvam as RAS (BRASIL, 2014a).



Quais ações de prevenção são realizadas por você e sua equipe, levando em consideração os ambientes familiar e comunitário?

6 - REFERÊNCIAS

ADAMO, M.L.; FARRAR, R. P. Resistance training, and IGF involvement in the maintenance of muscle mass during the aging process. **Ageing Research Reviews**, v. 5, nº 3, p. 310-31. 3, 2006.

ALEXANDRE, T. S.; DUARTE, Y. A. O.; SANTOS, J. L. F.; LEBRÃO, M.L.. Prevalência e fatores associados à sarcopenia, dinapenia e sarcodinapenia em idosos residentes no Município de São Paulo- Estudo SABE. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 21, nº 2, p. 1-13, 2018.

BLOCH, K.V.; KLEIN, C.H.; SZKLO, M.; KUSCHNIR, M.C.C.; ABREU, G.A.; BARUFALDI, L.A. et al. ERICA: prevalências de hipertensão arterial e obesidade em adolescentes brasileiros. *Revista de Saúde Pública*, v.50 (Supl.1), p.9s, 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática / DAET. Coordenação Saúde da Pessoa Idosa / COSAPI. **Diretrizes para o cuidado da pessoa idosa no SUS**: proposta de modelo de atenção integral, XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, 2014. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994**. Política Nacional do Idoso.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.395, de 9 de dezembro de 1999. Política Nacional de Saúde do Idoso.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006**. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. (Atualização da Portaria nº 1.395 de 10 de dezembro de 1999) Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 483 de 01 de abril de 2014**. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Alimentação saudável para a pessoa idosa**: um manual para profissionais de saúde. Brasília, 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/alimentacao_saudavel_idosa_profissionais_saude.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília, 2013. 28 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20cuidado_pessoas%20doencas_cronicas.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade**. Brasília, 2014a. 212 p. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 38) Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília, 2014b. 162 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira: Promovendo a Alimentação Saudável**. Brasília, 2008. 210 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília**, 2014c. 116 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica (Org.). Pesquisa Vigitel Brasil 2018. Brasília: Slides, 2019. 26 slides, color. Disponível em: https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/agosto/05/cit-julho/1.-b---2019_07_25---VIGITEL.pdf . Acesso em: 04 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento. Brasília, 2010a. 95 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Em Saúde. **IMC em adultos**. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/component/content/article/804-imc/40509-imc-em-adultos>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília, 2013. 84p.

CARTA DE OTTAWA. Ottawa: **Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde**, 1986. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf. Acesso em: 26 set. 2019.

CONDE WL, MONTEIRO CA. Nutrition transition and double burden of undernutrition and excess of weight in Brazil. **American Journal of Clinical Nutrition**, v. 100, p. 1617S-22S, 2014.

DAVISON, K.K.; BIRCH, L.L. Childhood overweight: a contextual model and recommendations for future research. **Obesity Reviews**, v.2, n.3, p.159-171, 2001.

DIAS, P. C. et al. Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 7, p.1-12, jul. 2017.

DORA, C.; HOSKING, J.; MUDU, P.; FLETCHER, E. R.. **Urban transport and health**. Module 5g. Sustainable transport: a sourcebook for policy-makers in developing cities [Internet]. Genebra, OMS/GIZ; 2011 [consultado em 25 de

setembro de 2019]. Disponível em: http://www.who.int/hia/green_economy/giz_transport.pdf

DUNKER, K. L. L.; TIMERMAN, F.; ALVARENGA, M.; PHILIPPI, S. T. Prevenção dos transtornos alimentares e postura do nutricionista. In: **Nutrição e transtornos alimentares: avaliação e tratamento**, Editora Manole, 1ª Ed. p. 548, 2011.

GLANZ, K.; SALLIS, J. F.; SAELENS, B. E.; FRANK, L. D. Healthy Nutrition Environments: Concepts and Measures. **American Journal of Health Promotion**, v.19, n.5, p.330-333, 2005.

GOMES, G. C.; ARAÚJO, B. B. **Influência de diferentes tipos de exercício físico sobre o processo de emagrecimento em indivíduos obesos: uma Revisão Sistemática**. 2015. Trabalho de Conclusão de curso. Centro de Educação Física e Desporto. Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, 2015. 37 fl.

HESLEHURST, N. et al. The impact of maternal BMI status on pregnancy outcomes with immediate short-term obstetric resource implications: a meta-analysis. **Journal of Obesity**, v. 9, n. 6, [S.l.], p. 635-683, 2008.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia E Estatística. **Censo Demográfico: 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia E Estatística. **Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008-2009**. Antropometria e Estado Nutricional de Crianças, Adolescentes e Adultos no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv45419.pdf>

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015. Rio de Janeiro: IBGE, 2016. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv97870.pdf>

JACOB FILHO, W. **Promoção de saúde do idoso**. São Paulo, Ed Lemos, Faculdade de Medicina de São Paulo, 1998.

LLEWELLYN, A.; SIMMONDS, M.; OWEN, C. G.; WOOLACOTT, N. Childhood obesity as a predictor of morbidity in adulthood: a systematic review and meta-analysis. **Obesity Reviews**, v.17, n.1, p.56-67, 2016.

LOBSTEIN T, JACKSON-LEACH R, MOODIE ML, HALL KD, GORTMAKERSL, SWINBURN BA, et al. Child and adolescent obesity: part of abigger picture. **Lancet**, v. 385, p. 2510-20, 2015.

MARIATH, A. B. et al. Obesidade e fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis entre usuários de unidade de alimentação e nutrição. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 897-905, Abr. 2007.

MCTIGUE, K. M.; HESS, R.; ZIOURAS, J. Obesity in olders adults: a systematic review of the evidence for diagnostic and treatment. **Obesity**, v. 14, n. 9, [S.l.], Sept. 2006.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à**

saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.

NOVELLE, J. M.; ALVARENGA, M. S. Cirurgia bariátrica e transtornos alimentares: uma revisão integrativa. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, UFRJ, Rio de Janeiro, v. 65, n. 3, p. 262-285, 2016.

PHILLIPS, P. A. et al. Body fluid changes, thirst and drinking in man during free access to water. **Physiology and Behavior**, v. 33, n. 3, p. 357–363, 1984.

ROUBENOFF, R.; HUGHES, V. A. Sarcopenia: current concepts. **The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences**. V. 55, n. 12, p. M716-24, 2000.

SIMMONDS, M.; LLEWELLYN, A.; OWEN, C.G.; WOOLACOTT, N. Predicting adult obesity from childhood obesity: a systematic review and meta-analysis. **Obesity Reviews**, v.17, n.2, p.95-107, 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. **I Consenso Brasileiro de Nutrição e Disfagia em Idosos Hospitalizados**. Barueri: Minha Editora, 2011. Disponível em: https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/Consenso_Brasileiro_de_Nutricao1.pdf

SWINBURN, B.; KRAAK, V.; RUTTER, H.; VANDEVIJVERE, S.; LOBSTEIN, T.; SACKS, G.; GOMES, F.; MARSH, T.; MAGNUSSON, R. Strengthening of accountability systems to create healthy food environments and reduce global obesity. **Lancet**, v. 385, n. 9986, p. 2534-2545, 2015.

WILLIAMS, E. P.; MESIDOR, M.; WINTERS, K.; DUBBERT, P. M.; WYATT, S. B. Overweight and Obesity: Prevalence, Consequences, and Causes of a Growing Public Health Problem. **Current Obesity Reports**, v.4, n.3, p.363-370, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global strategy on diet, physical activity and health**. Genebra, WHO; 2004 [consultado em 25 de setembro de 2019]. Disponível em: http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Obesity and overweight - WHO**. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO Child Growth Standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: methods and development**. WHO (nonserial publication). Geneva, Switzerland: WHO, 2006.

Abordagem efetiva para o diagnóstico da obesidade

Não é novidade que a prevalência da obesidade cresce a cada ano. Atualmente, ela é considerada uma epidemia global, na qual o Brasil ocupa a terceira posição com cerca de 41 milhões de pessoas em estado de obesidade (BRASIL, 2019). Desse modo, aumenta o risco do desenvolvimento de outras doenças crônicas, como diabetes tipo 2, hipertensão arterial, hipercolesterolemia e outras complicações. Além disso, o governo brasileiro dispende R\$ 4,8 trilhões anualmente para tratar a obesidade - valor consideravelmente alto e que poderia ser aplicado em políticas públicas e ações preventivas.

Outra consequência decorrente do aumento da obesidade é a elevação do número de cirurgias bariátricas realizadas. As cirurgias de redução do estômago apresentam maiores riscos à saúde, devido ao aumento de complicações decorrentes de um processo invasivo. Ainda, pode implicar no aparecimento de disfunções pós-operatórias, como o desenvolvimento de transtornos alimentares (bulimia ou anorexia); alcoolismo; depressão e doenças relacionadas à deficiência de vitaminas e minerais. Nesse contexto, hoje o Brasil é o segundo país que mais realiza essa intervenção: somente em 2017 foram mais de 105 mil operações.

É evidente que o diagnóstico precoce da obesidade pode refletir na redução dos gastos, bem como evitar complicações metabólicas e, conseqüentemente, maiores danos à saúde. No entanto, ele deve ser realizado rapidamente e de forma eficaz.

Diagnóstico precoce da obesidade

Redução de complicações de saúde

Redução de gastos governamentais

A eficiência no diagnóstico da obesidade ocorre pela utilização conjunta de diferentes métodos de aferição. Por exemplo, o IMC é um método de diagnóstico da obesidade mais utilizado, por se basear na aplicação de uma fórmula matemática simples e não exigir gastos. No entanto, como considera apenas o peso e a altura, os valores obtidos podem ser subestimados, dependendo da composição corporal do indivíduo. Assim, a utilização exclusiva desse método pode resultar no subdiagnóstico da doença e, dessa forma, apresentar riscos àqueles que têm um acúmulo elevado de gordura.

Para uma abordagem efetiva no tratamento da obesidade, é atribuição de todos os profissionais de saúde avaliar diferentes aspectos, como:

Medidas antropométricas: auxiliam no diagnóstico e apoiam a definição do grau de risco.

Exames laboratoriais: servirão para uma investigação mais profunda e detalhada de riscos para deficiências nutricionais e doenças metabólicas.

Alimentação e nutrição: consideram os determinantes de saúde e levam em conta a subjetividade e a complexidade do comportamento alimentar.

Relação com a comida: É importante que a equipe entenda qual é a relação do indivíduo com a comida, identificando gatilhos emocionais e realizando um plano de ação para o seu tratamento.

Atividade Física: Deve-se avaliar a frequência, o nível de atividade e o local, e também se há fatores físicos, psicológicos ou ambientais que impeçam a sua realização.

Para pessoas com obesidade, é fundamental que, nas consultas de acompanhamento, os profissionais estejam atentos ao estado nutricional, aos hábitos alimentares e ao estilo pessoal de vida.



Levando em consideração mais do que a AB, os ambulatórios de diversas especialidades, os hospitais e outros equipamentos de atenção que compõem integram a rede, devem estar sensíveis à absorção e integração dos usuários com excesso de peso. O sistema deve mapear os casos e encaminhar os indivíduos para a AB, a fim de que nesse ambiente seja ordenado o cuidado do usuário na Rede de Atenção.

A partir da classificação de risco segundo IMC associado a outros métodos de avaliação, as equipes de AB terão ferramentas importantes para organizar a atenção a indivíduos com excesso de peso/obesidade. É fundamental garantir apoio diagnóstico e terapêutico para que a AB seja resolutiva no tratamento dos casos de obesidade.

1 - ANTROPOMETRIA NO DIAGNÓSTICO DA OBESIDADE

A antropometria é um conjunto de instrumentos de diagnóstico padronizados, que permite classificar o estado nutricional em nível individual ou populacional. As técnicas permitem medir o corpo humano, fazer avaliação da composição corporal, sobretudo do peso do paciente, para estabelecer o tratamento nutricional adequado. A figura 18 mostra como avaliar o estado nutricional.

Figura 18 – Métodos utilizados para diagnóstico do estado nutricional



Os métodos antropométricos são importantes para o diagnóstico do sobrepeso/obesidade. Ações do Ministério da Saúde, frente aos agravos epidemiológicos da obesidade, são bases para o monitoramento na atenção básica. Dentre essas ações, podemos citar os instrumentos de avaliação do estado nutricional em todas as fases da vida, que identificam agravos em saúde (Figura 19).

Figura 19 – Instrumentos de avaliação do estado nutricional



Fonte: Adaptado de Brasil, 2014

Embora existam diferentes ferramentas que auxiliam no diagnóstico da obesidade, o IMC é o mais utilizado. Consiste na razão da massa corporal pela estatura ao quadrado, concebido inicialmente para uso em adultos, pela sua associação às possibilidades de doença e morte, reiterando a obesidade como fator de risco, especialmente para as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). O IMC também é usado em crianças, adolescentes, idosos e gestantes.

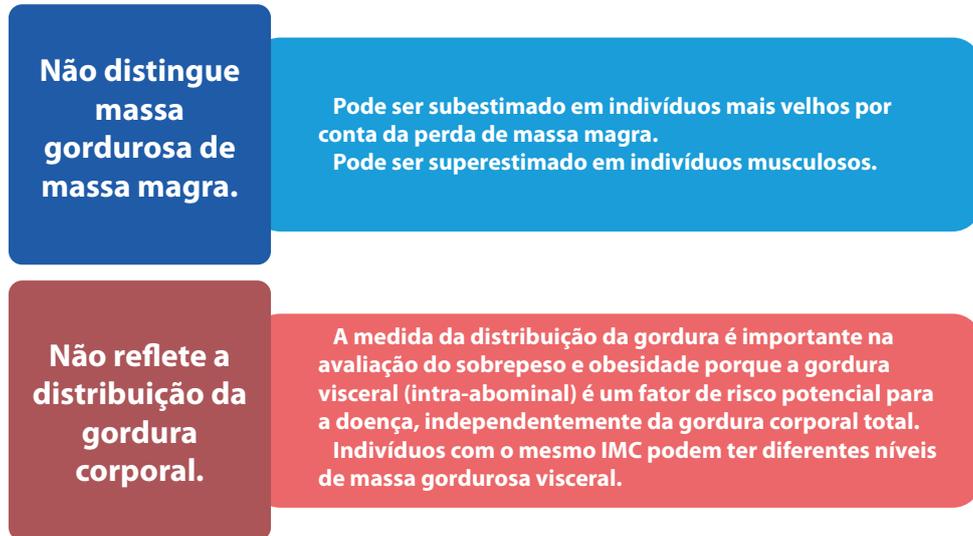
No Brasil, os critérios diagnósticos estabelecidos pela OMS foram incorporados à VAN no âmbito do SUS. Apesar do IMC ser amplamente utilizado no mundo, ele não mede a composição corporal. Portanto, parece haver inconsistência quanto à sua aplicabilidade para diagnosticar uma doença caracterizada por acúmulo de gordura de acordo com a OMS.



Por isso, para o diagnóstico dessa doença deve-se utilizar uma associação de vários indicadores antropométricos.

O IMC é um bom indicador, mas não totalmente correlacionado com a gordura corporal. Suas principais limitações estão na Figura 20.

Figura 20 – Limitações do IMC



Fonte: Elaborado pelos autores.

Devido às limitações que o IMC apresenta, o profissional que estiver avaliando e diagnosticando o paciente deve observar se o cálculo do IMC não está relacionado a essas situações e realizar as devidas correções para um diagnóstico efetivo.

Os indicadores antropométricos necessários para o diagnóstico da obesidade estão descritos abaixo.

- **Balança:** Determina a soma dos compartimentos do corpo humano. A **balança pediátrica** é utilizada para determinar o peso do bebê, que geralmente comporta aproximadamente 30 Kg. Já a **balança de plataforma** é utilizada por diversos pacientes e comporta aproximadamente 300kg.



- **Infantômetro:** é um instrumento simples, utilizado para medir a estatura de crianças com até 146 cm, de forma precisa.

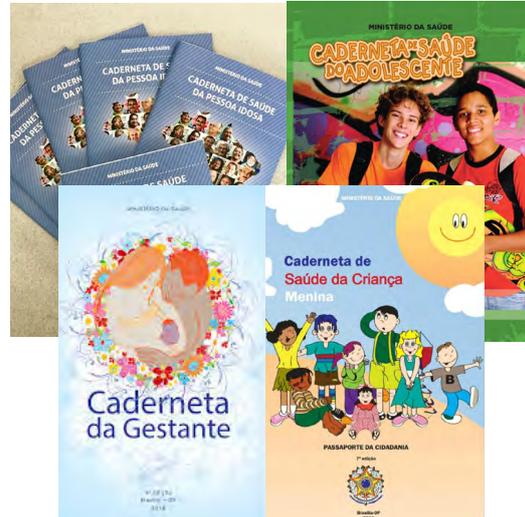


- **Estadiômetro:** é voltado para determinar a altura na faixa de medição de 20 a 205 cm.



- **Cartões e cadernetas de acompanhamento do Ministério de Saúde de acordo com a fase da vida:**

- Caderneta de Saúde da Criança
- Caderneta de Saúde do Adolescente
- Caderneta da Gestante
- Caderneta do Idoso



a) Indicadores antropométricos para a avaliação nutricional da pessoa adulta ou idosa

Os adultos compreendem os indivíduos com idade entre 20 e 59 anos, já os idosos são aqueles com idade superior a 60 anos. Para essa população, o método mais empregado para o diagnóstico da obesidade é o IMC, no qual pode classificar um indivíduo em:

- desnutrido (baixo peso);
- eutrófico (peso adequado);
- sobrepeso (peso acima do adequado), e
- obesidade.

O quadro 5 apresenta os pontos de corte para classificação do estado nutricional, definidos pela OMS e Organização Pan - Americana da Saúde (OPAS), de acordo com a faixa etária.

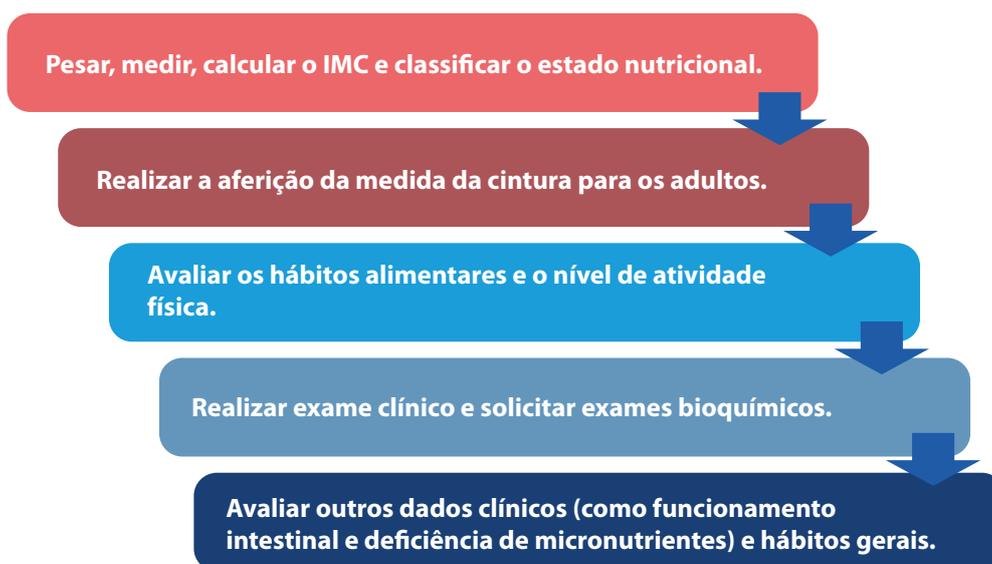
QUADRO 5 – CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL DE ACORDO COM OS PONTOS DE CORTE DE IMC

CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL	PONTOS DE CORTE PARA ADULTOS (kg/m ²)	PONTOS DE CORTE PARA IDOSOS *
Baixo peso	<18,5	<22
Eutrófico	≥18,5 < 25	≥22 < 27
Sobrepeso	≥25 < 30	≥27
Obesidade grau I	≥30 < 35	
Obesidade grau II	≥35 < 40	
Obesidade grau III	≥40	

Fonte: Adaptado OMS, 1995
*Adaptado de Brasil, 2014

Na prática clínica, além do cálculo do IMC para o diagnóstico do estado nutricional, outros fatores devem ser abordados no momento da consulta (figura 21).

Figura 21 – Procedimentos iniciais para a avaliação do perfil alimentar e nutricional



Fonte: Brasil, 2014

Os pontos de corte de IMC adotados para a classificação do estado nutricional de idosos correspondem à recomendação proposta pela Associação Dietética Norte-Americana (ADA, 1994). Eles têm como objetivo proteger e promover a manutenção da saúde do idoso e, por isso, os pontos de corte se diferem dos adultos.

Mas, de modo geral, quando o paciente é classificado com o peso acima do adequado, o profissional de saúde deve expor os riscos e outras implicações desse diagnóstico na vida dele, orientando para a mudança da situação de sobrepeso/obesidade que o paciente se encontra. O profissional de saúde deve avaliar a necessidade de nova solicitação de exames e de encaminhamento para consulta com outros profissionais de saúde, sempre que pertinente.

Para o fechamento do diagnóstico, é importante medir o perímetro da cintura (PC) do paciente adulto e a circunferência da panturrilha para idosos. O PC permite identificar a localização da gordura corporal, já que o padrão de distribuição do tecido adiposo em indivíduos adultos tem relação direta com o risco de morbimortalidade. Os pontos de corte adotados, que diferem segundo o sexo do indivíduo, seguem as recomendações da OMS (Quadro 6) (OMS, 2000; BRASIL, 2014). Por sua vez, o perímetro da panturrilha é utilizado para os idosos, porque é o método mais sensível para avaliar a massa muscular e consequente redução de força (Quadro 7).

QUADRO 6 – CLASSIFICAÇÃO DO RISCO AUMENTADO PARA DOENÇAS CARDIOVASCULARES, DE ACORDO COM O PERÍMETRO DE CINTURA

SEXO	VALOR DE PERÍMETRO DA CINTURA (PC)
Mulheres	≥ 80,0 cm
Homens	≥ 94,0 cm

Fonte: Brasil (2014)

QUADRO 7 – CLASSIFICAÇÃO DO RISCO DA PERDA DE FORÇA, DE ACORDO COM CIRCUNFERÊNCIA DA PANTURRILHA PARA IDOSOS

CLASSIFICAÇÃO	VALOR DE CIRCUNFERÊNCIA DA PANTURRILHA
Inadequado	< 31 cm
Adequado	≥ 31 cm

Fonte: OMS, 1995

Para os idosos, também é importante avaliar cuidadosamente a perda e o ganho de peso, por se tratar de um público mais frágil e com modificações fisiológicas decorrentes da idade.

Um importante componente de risco para a fragilidade da saúde da pessoa idosa é a perda expressiva de peso em um curto período de tempo. Uma perda de peso não intencional de, no mínimo, 4,5 kg ou de 5% do peso corporal no último ano é indicativo que exige medidas para estabilizar e/ou recuperar seu peso corporal, por meio da promoção de uma alimentação saudável e da prática de exercícios físicos sob orientação.



O excesso de peso é um importante fator de risco para DCNT, inclusive entre os idosos. A redução do peso em idosos com obesidade é benéfica para indivíduos com alto risco cardiovascular (MCTIGUE; HESS; ZIOURAS, 2006; BRASIL, 2014). Contudo, nesse grupo, o excesso de peso se reduz com o avançar da idade e se substitui pelo maior risco de desnutrição, grande promotor da diminuição da qualidade de vida e perda de autonomia dessa população.

Alterações no olfato e paladar e dificuldades de mastigação e deglutição podem afetar o apetite e propiciar a diminuição do consumo de alimentos, como carnes, frutas, legumes e verduras crus, o que pode ocasionar ingestão inadequada de fibras, vitaminas e minerais. A diminuição dos movimentos peristálticos, da secreção de ácido clorídrico, de enzimas digestivas, do fator intrínseco e de sais biliares, principalmente de gorduras, pode prejudicar a digestão e dificultar a absorção de nutrientes no indivíduo idoso.



b) Indicadores antropométricos para a avaliação nutricional da criança e do adolescente

É necessário que a prevenção da obesidade comece na infância. Desde o pré-natal, a gestante deve começar a adotar práticas saudáveis na alimentação para garantir benefícios para si e para o bebê. O aleitamento materno é o primeiro estímulo de uma alimentação saudável, na qual, após os 6 meses, a criança necessita complementar a alimentação com fontes saudáveis de alimentos - essa prática deve ser estimulada para a prevenção de agravos nutricionais na infância e na fase adulta.

De acordo com a OMS (2006), a faixa etária que compreende as crianças é de 0 a 10 anos, na qual o diagnóstico de obesidade é realizado por meio da utilização de tabelas ou curvas de crescimento infantil, compreendendo análise dos indicadores Peso/idade, Estatura/idade e IMC/idade, de acordo com o sexo. Já os adolescentes são compreendidos por indivíduos com idade entre 10 e 19 anos, e o cálculo do IMC, analisado por tabelas ou gráficos de acordo com o sexo,

é utilizado para classificar o estado nutricional. Entretanto, merece destacar que o estágio de maturação sexual também deve ser considerado na análise.

Dessa forma, para que o diagnóstico seja realizado corretamente, é necessário que informações, como data de nascimento, data do atendimento, mensuração do peso e estatura, sexo e o cálculo do IMC para a faixa etária, sejam coletadas de forma fidedigna. Além disso, é importante que em todas as consultas esses dados sejam preenchidos, interpretados e monitorados para real o acompanhamento.

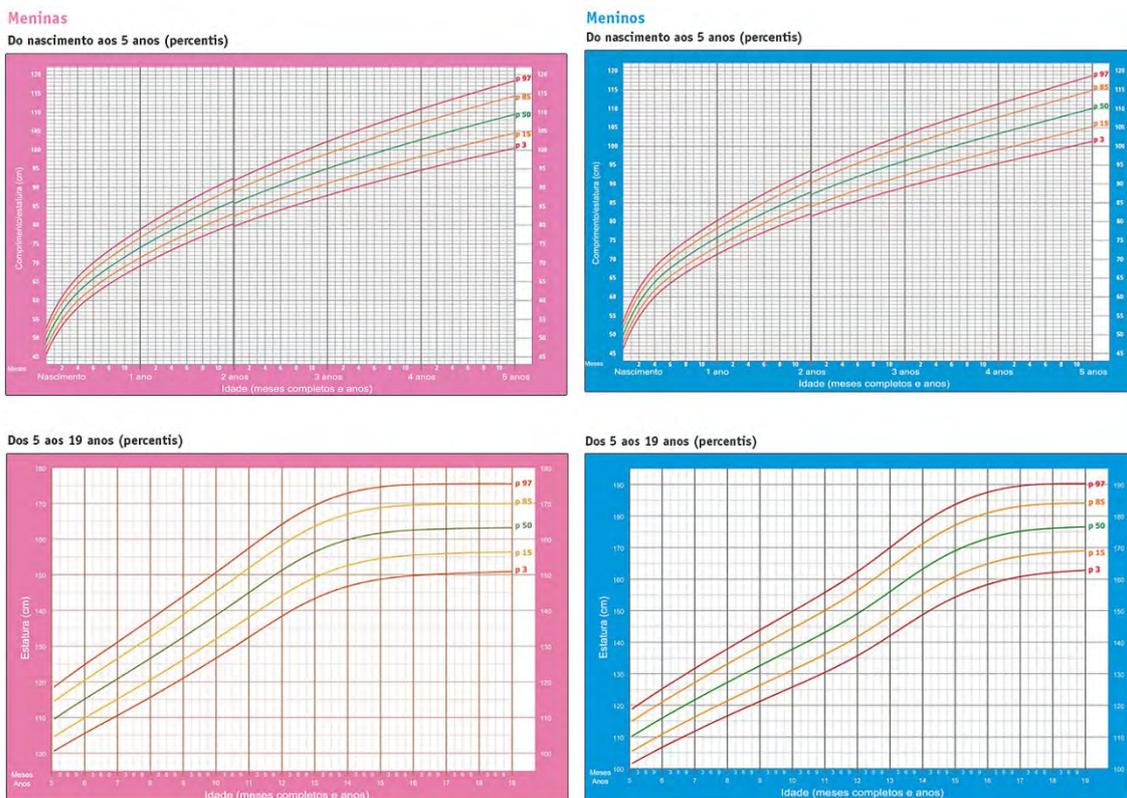


Quando a criança ou o adolescente é diagnosticado com sobrepeso/obesidade, o profissional deve informar ao responsável sobre as implicações desse agravo para a saúde, sobretudo, nesse período de transição, marcado por mudanças corporais e metabólicas. Deverá, também, realizar o manejo para conhecer os hábitos alimentares e, assim, encontrar os determinantes da obesidade na realidade do adolescente para implementar estratégias de intervenção e acompanhamento com a equipe multidisciplinar da saúde.

A seguir, são apresentados os gráficos das curvas de crescimento e os pontos de corte de IMC de acordo com a idade e o sexo.

Acima do percentil 97 (Escore-z +2), a criança é diagnosticada com obesidade.

Figura 22 – Gráfico da curva de crescimento OMS: Altura para idade, meninas e meninos de 0 a 5 e 5 a 19 anos, em percentil



Fonte: Corte, 2016

QUADRO 8 . PONTO DE CORTE DE IMC DE MENINOS E MENINAS PARA O DIAGNÓSTICO DE SOBREPESO/OBESIDADE

MENINOS			MENINAS		
Idade em anos	Ponto de corte de IMC para Sobrepeso (kg/m ²)	Ponto de corte de IMC para Obesidade (kg/m ²)	Idade em anos	Ponto de corte de IMC para Sobrepeso (kg/m ²)	Ponto de corte de IMC para Obesidade (kg/m ²)
2	17,33	18,84	2	17,09	18,72
2,5	17,09	18,56	2,5	16,92	18,53
3	16,89	18,34	3	16,80	18,42
3,5	16,75	18,21	3,5	16,76	18,44
4	16,67	18,17	4	16,77	18,53
4,5	16,63	18,21	4,5	16,83	18,67
5	16,62	18,29	5	16,90	18,81
5,5	16,68	18,35	5,5	16,92	19,01
6	16,76	18,52	6	17,01	19,22
6,5	16,89	18,75	6,5	17,13	19,48
7	17,05	19,02	7	17,29	19,79
7,5	17,23	19,33	7,5	17,49	20,15
8	17,44	19,67	8	17,73	20,56
8,5	17,66	20,06	8,5	18,01	21,02
9	17,91	20,47	9	18,33	21,51
9,5	18,8	20,92	9,5	18,67	22,03

Fonte: Brasil, 2014

QUADRO 9 . ÍNDICES ANTROPOMÉTRICOS PARA CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS INCOMPLETOS PARA O DIAGNÓSTICO DO SOBREPESO/ OBESIDADE

VALORES CRÍTICOS		ÍNDICES ANTROPOMÉTRICOS			
		CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS INCOMPLETOS			
		Peso para idade	Peso para estatura	IMC para idade	Estatura para idade
< percentil 0,1	< escore-z -3	Muito baixo para a idade	Magreza acentuada	Magreza acentuada	Muito baixa para a idade
≥Percentil 0,1 e < percentil 3	≥escore-z -3 e < escore-z 2	Baixo para a idade	Magreza	Magreza acentuada	Baixa para a idade
≥ percentil 3 e < percentil 15	≥ escore -z -2 e < escore -z -1	Adequado para a idade	Eutrofia	Eutrofia	Adequada para a idade
≥ percentil 15 e ≤ percentil 85	≥ escore -z -1 e ≤ escore -z +1	Adequado para a idade	Eutrofia	Eutrofia	Adequada para a idade
> percentil 85 e ≤ percentil 97	> escore -z +1 e ≤ escore -z +2	Adequado para a idade	Risco de sobrepeso	Risco de sobrepeso	Adequada para a idade
> percentil 97 e ≤ percentil 99,9	> escore -z +2 e escore -z +3	Elevado para a idade	Sobrepeso	Sobrepeso	Adequada para a idade
> percentil 99,9	> Escore -z +3	Elevado para a idade	Obesidade	Obesidade	Adequada para a idade

Fonte: Brasil, 2014

QUADRO 10 . ÍNDICES ANTROPOMÉTRICOS PARA CRIANÇAS DE 5 A 10 ANOS INCOMPLETOS PARA O DIAGNÓSTICO DO SOBREPESO/ OBESIDADE

VALORES CRÍTICOS		ÍNDICES ANTROPOMÉTRICOS		
		CRIANÇAS DE 5 A 10 ANOS INCOMPLETOS		
		Peso para idade	IMC para idade	Estatura para idade
< percentil 0,1	< escore-z -3	Muito baixo para a idade	Magreza acentuada	Muito baixa para a idade
≥Percentil 0,1 e < percentil 3	≥ escore-z -3 e < escore-z 2	Baixo para a idade	Magreza	Baixa para a idade
≥ percentil 3 e < percentil 15	≥ escore-z -2 e < escore-z -1	Adequado para a idade	Eutrofia	Adequado para a idade
≥ percentil 15 e ≤ percentil 85	≥ escore-z -1 e ≤ escore-z +1	Adequado para a idade	Eutrofia	Adequado para a idade
> percentil 85 e ≤ percentil 97	> escore-z +1 e ≤ escore-z +2	Adequado para a idade	Sobrepeso	Adequado para a idade
> percentil 97 e ≤ percentil 99,9	> escore-z +2 e escore-z +3	Elevado para a idade	Obesidade	Adequado para a idade
> percentil 99,9	> Escore-z +3	Elevado para a idade	Obesidade grave	Adequado para a idade ^a

Fonte: Brasil, 2014

QUADRO 11 . VALORES CRÍTICOS E ÍNDICES ANTROPOMÉTRICOS PARA CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL DE ADOLESCENTES

VALORES CRÍTICOS		ÍNDICES ANTROPOMÉTRICOS PARA ADOLESCENTES	
		IMC PARA IDADE	ESTATURA PARA IDADE
< percentil 0,1	< escore-z -3	Magreza acentuada	Muito baixa para a idade
≥Percentil 0,1 e < percentil 3	≥ escore-z -3 e < escore-z 2	Magreza	Baixa para a idade
≥ percentil 3 e < percentil 15	≥ escore-z -2 e < escore-z -1	Eutrofia	Adequada para a idade
≥ percentil 15 e ≤ percentil 85	≥ escore-z -1 e ≤ escore-z +1	Eutrofia	Adequada para a idade
> percentil 85 e ≤ percentil 97	> escore-z +1 e ≤ escore-z +2	Sobrepeso	Adequada para a idade
> percentil 97 e ≤ percentil 99,9	> escore-z +2 e ≤ escore-z +3	Obesidade	Adequada para a idade
> percentil 99,9	> Escore-z +3	Obesidade grave	Adequada para a idade

Fonte: Brasil, 2014

QUADRO 12 . PONTO DE CORTE DE IMC, DE ACORDO COM A IDADE, PARA DIAGNÓSTICO DE EXCESSO PESO E DE OBESIDADE

MENINOS				MENINAS			
Idade em anos	em	Sobrepeso	Obesidade	Idade em anos	em	Sobrepeso	Obesidade
10		18,48	21,40	10		19,03	22,57
10,5		18,81	21,91	10,5		19,43	23,13
11		19,16	22,45	11		19,86	23,72
11,5		19,54	23,01	11,5		20,32	24,34
12		19,95	23,58	12		20,81	24,97
12,5		20,38	24,16	12,5		21,31	25,60
13		20,83	24,76	13		21,80	26,21
13,5		21,30	25,35	13,5		22,28	26,79
14		21,77	25,92	14		22,73	27,32
14,5		22,23	26,46	14,5		23,15	27,80
15		22,68	26,97	15		23,51	28,22
15,5		23,12	27,44	15,5		23,83	28,58
16		23,53	27,87	16		24,10	28,87
16,5		23,91	28,27	16,5		24,32	29,11
17		24,27	28,63	17		24,50	29,28
17,5		24,60	28,95	17,5		24,65	29,42
18		24,91	29,24	18		24,77	29,52
18,5		25,19	29,50	18,5		24,87	29,60
19		25,45	29,72	19		24,97	29,67
19,5		25,45	29,72	19,5		24,97	29,67
20		25,45	29,72	20		24,97	29,67

Fonte: Brasil, 2014

c) Indicadores antropométricos para a avaliação nutricional da gestante

O sobrepeso, a obesidade e o ganho excessivo de peso em gestantes estão relacionados a complicações na gestação e parto, podendo estar associados com macrossomia fetal (peso ao nascer superior a 4kg).

Dessa forma, a diferença da avaliação do estado nutricional da gestante em relação a outros períodos do curso da vida da mulher adulta é o que se pretende avaliar, concomitantemente as condições nutricionais da mulher e o crescimento do feto (WHO, 1995). O diagnóstico e o acompanhamento da situação nutricional da gestante correspondem a uma parte essencial dos procedimentos básicos da atenção pré-natal.



Na primeira consulta individual pré-natal de uma gestante, o profissional de saúde deve realizar a anamnese a fim de se investigar o estado de saúde e possíveis problemas nutricionais associados à gestação que podem levar a algum tipo de dano tanto para a gestante (deficiência de nutrientes, baixo peso, sobrepeso, obesidade) quanto para o feto (mortalidade, nascimento prematuro, baixo peso ao nascer, restrição de crescimento fetal). É necessário realizar a aferição de medidas como estatura e peso de acordo com os parâmetros preconizados pelo Ministério da Saúde e calcular a semana gestacional para monitoramento do ganho de peso até o fim da gestação. O IMC da gestante é classificado de acordo com a semana gestacional e o ponto de corte para determinar peso adequado difere do ponto de corte adotado para adultos. Ressalta-se que o papel do nutricionista é fundamental no pré-natal para adequar ingestão diária às recomendações nutricionais, favorecendo o bom estado nutricional da gestante e, conseqüentemente, do bebê (BRASIL, 2011).

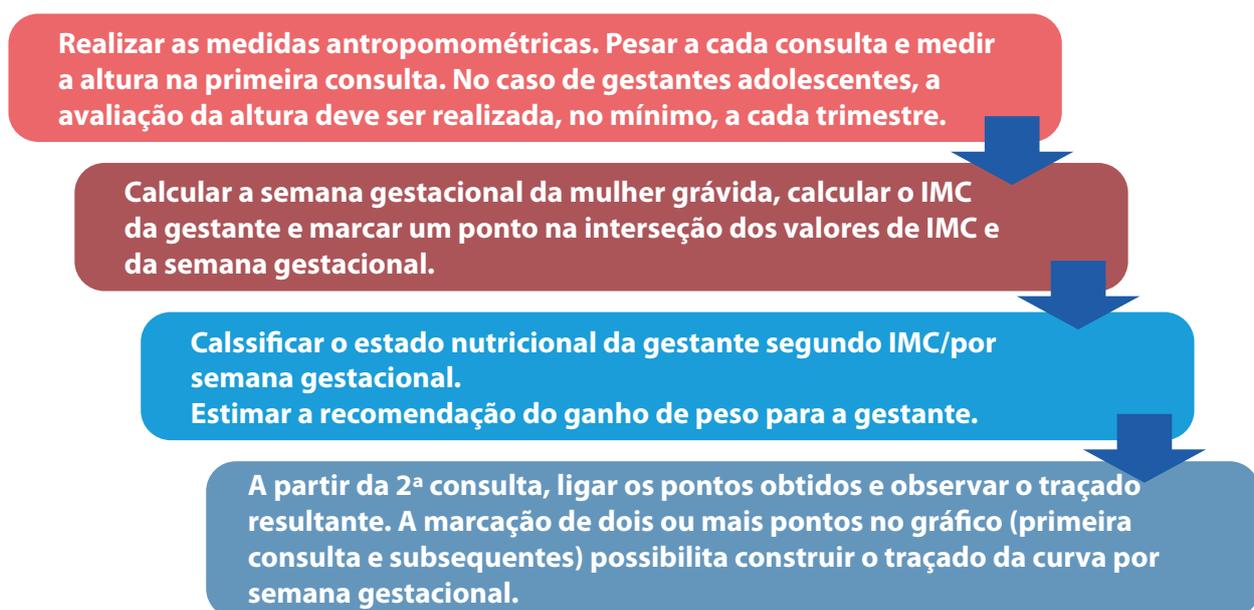
Importante

Quando necessário, arredonde a semana gestacional da seguinte forma:

- Um, dois ou três dias -> considere o número de semanas completas.
- Quatro, cinco ou seis dias -> considere a semana seguinte.

Em resumo, as ações para o diagnóstico nutricional da gestante são apresentadas na Figura 23.

Figura 23 – Passos para diagnóstico nutricional da gestante

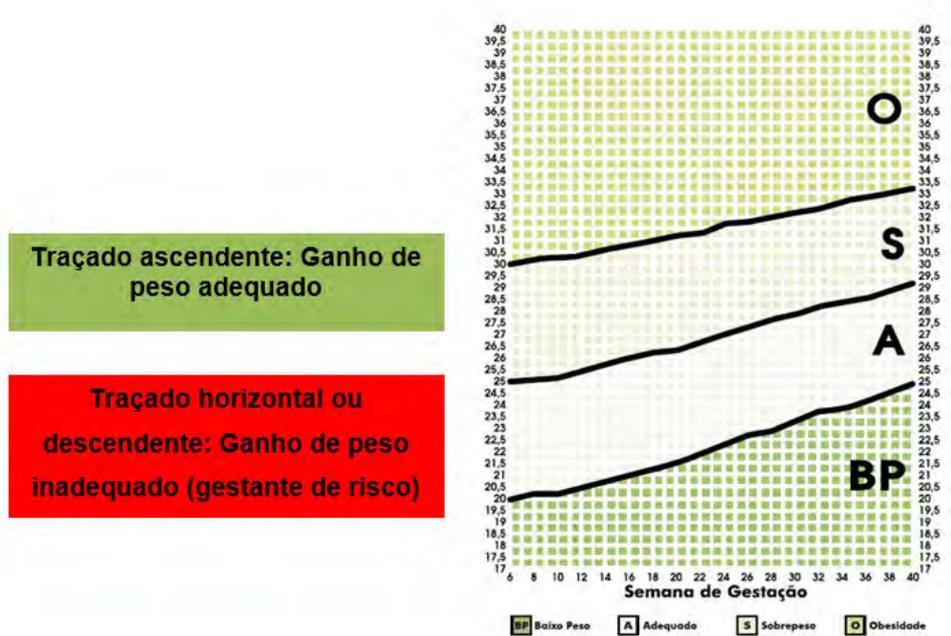


Adaptado de Brasil, 2014

- **Orientações do SISVAN na avaliação do estado nutricional da gestante através da coleta de dados antropométricos.**

A Curva de Atalah, segundo o Ministério da Saúde, é um bom indicador de IMC para avaliar a adequação do estado de saúde de acordo com a semana gestacional. O IMC representa certa facilidade na compreensão do ganho de peso (adequado ou inadequado) e tem sido proposto pela WHO para avaliar o estado nutricional de diferentes regiões e grupos populacionais (ANJOS, 1992; BRASIL,2001).

Para avaliar, considera-se:



Traçado ascendente: Ganho de peso adequado

Traçado horizontal ou descendente: Ganho de peso inadequado (gestante de risco)

Gestante Adolescente

- Para classificar o estado nutricional da gestante, deve-se levar em consideração a sua maturidade biológica. Adolescentes que engravidam abaixo de dois anos após a menarca provavelmente serão classificadas com baixo peso. É importante que em todas as consultas pré-natais o profissional de saúde realize nesta gestante medidas de peso e altura por se encontrarem ainda em fase de crescimento. Ao longo das consultas, espera-se que na curva de IMC por semana de gestação o traçado seja ascendente. Além do mais, deve-se aumentar o número de consultas para que haja um rastreamento efetivo no desenvolvimento saudável da gestação da saúde da adolescente. (BRASIL,2001).
- Adolescentes gestantes que engravidam dois anos após a menarca seguem as interpretações da curva de IMC equivalentes à das adultas. Na primeira consulta pré-natal, deve-se mensurar a altura e o peso. Nas consultas posteriores é importante que peso seja aferido para avaliar seu estado de saúde. Em relação à altura, o profissional pode realizar a avaliação trimestralmente (BRASIL, 2001).



No seu local de atendimento existem muitas gestantes adolescentes? Como profissional de saúde, de que forma você intervém com essas pacientes mediante as atribuições da sua especialidade?

2 - INDICADORES CLÍNICOS DA OBESIDADE

Os indicadores clínicos da obesidade contribuem para avaliação do estado de saúde geral do indivíduo. Mediante os exames laboratoriais é possível se identificar alterações metabólicas que favorecem a manifestação de complicações à saúde e menor qualidade de vida. Os exames laboratoriais, realizados gratuitamente pelo SUS, contemplam mais de 485 análises diferentes, que contribuem para o diagnóstico médico, prevenção e tratamento de doenças (Quadro 13).

QUADRO 13. EXAMES BIOQUÍMICOS REALIZADOS PELO SUS, RELACIONADOS À OBESIDADE E COMORBIDADES

EXAMES		
25-hidroxivitamina D	Glicose de Jejum	Estradiol
Cálcio ionizado	Insulina	Hormônio Tiroestimulante (TSH)
Sódio	Teste de tolerância oral a glicose e a insulina	T4 livre
Potássio	Colesterol total e frações	Creatinina (CREAT)
Ferro	Triglicerídeos (TG)	Homocisteína
Ferritina	Transaminases	Vitamina B12
Hemograma (HT)	Proteína C reativa (PCR)	Testes imunológicos

Fonte: Adaptado de Brasil, 2003.

Neste tópico, serão abordados os indicadores clínicos mais utilizados e estudados para o diagnóstico de doenças crônicas associadas à obesidade na prática clínica-individual. Alguns dos exames poderão ser solicitados por diferentes profissionais de saúde, enquanto outros somente pelo médico para diagnóstico. Conhecer o perfil metabólico desses indivíduos e o risco cardiovascular do mesmo pode auxiliar no tratamento precoce das comorbidades em nível individual ou em grupo. Em atividades de educação em saúde para grupos, ter esse perfil cardiometabólico reconhecido pode auxiliar na criação dos grupos, bem como nos objetivos do tratamento grupal. Ademais, a periodicidade nos exames pode oferecer uma evolução clínica, de piora ou melhora, o que também pode ser de grande ajuda no tratamento.

2.1 - Perfil glicídico

A glicemia, taxa de glicose no sangue, está relacionada ao desenvolvimento de DM2, uma doença metabólica crônica que pode evoluir ou se agravar conforme o aumento de peso. Quando a glicemia está elevada, o indivíduo pode apresentar sintomas como polidipsia, poliúria e polifagia, que são sede excessiva, urina excessiva e fome excessiva, respectivamente, além da perda involuntária de peso (figura 24).

Figura 24 – Sintomas comuns da manifestação do diabetes mellitus tipo 2



Fonte: Adaptado de Comitê Técnico-Científico de Assessoramento às Ações de Diabetes Mellitus

De acordo com a diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) (OLIVEIRA; JÚNIOR; VENCIO, 2018) a implantação da ESF, o diagnóstico da doença é realizado a partir da identificação dos seguintes ocorrências:

1

Quando a pessoa apresenta os sintomas da DM2 e os valores de glicemia se apresentam maiores que 200 mg/dL, independente do horário da última refeição.

2

Quando a pessoa apresenta os sintomas da DM2 e os valores da glicemia de jejum se apresentam maiores que 126 mg/dL em dois exames realizados em dias diferentes.

3

Quando a pessoa apresenta os sintomas da DM2 e os valores da glicemia de 2h se apresentam maiores que 200 mg/dL em dois exames realizados em dias diferentes.

A glicemia pode ser medida através do exame de sangue realizado em jejum de 8 horas, ou após ingestão de uma bebida açucarada com glicose ou dextrosol (Quadro 14). Esse exame é conhecido como Teste de Tolerância Oral à Glicose (TTOG) ou exame de curva glicêmica, no qual o consumo da bebida é realizado após a primeira aferição da glicose e as demais aferições são sucedidas após uma, duas e três horas de ingestão. Ainda, o teste da hemoglobina glicada (HbA1C) é utilizado para avaliar a glicemia a médio prazo, uma vez que reflete os níveis médios de glicemia nos últimos dois a três meses (BRASIL, 2013).

QUADRO 14 . VALORES PRECONIZADOS PARA O DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 E SEUS ESTÁGIOS PRÉ-CLÍNICOS

Exame	Valor de referência
Glicemia de Jejum	Normal < 110 mg/dL
	Pré-diabetes 110 a 125 mg/dL
	Diabetes ≥ 126 mg/dL
TTOG	Normal < 140 mg/dL
	Pré-diabetes > 140 < 200 mg/dL
	Diabetes ≥ 200 mg/dL
HbA1C	Diabetes > 6,5%

Fonte: GROSS et al, 2002

Por sua vez, a Resistência à Insulina (RI), com papel fundamental na gênese do DM2, também deve ser avaliada. De modo simplificado, a RI ocorre quando as concentrações normais de insulina no sangue não são capazes de promover uma resposta normal nos tecidos adiposo (gorduroso), hepático e, ou, muscular, exigindo que o pâncreas produza e libere mais insulina ao sistema sanguíneo. Em situações em que a quantidade de insulina no sangue ultrapassa a normalidade, tem-se instalado o quadro de hiperinsulinemia, que, por sua vez, resulta na manutenção dessa RI. Uma vez que a insulina não é capaz de reduzir as concentrações de glicose no sangue, o quadro de hiperglicemia ocorre, podendo avançar para o DM 2, problemas renais, hipertensão arterial e demais doenças metabólicas-crônicas.

Uma das hipóteses de causa da RI está associada à inflamação subclínica decorrente da expansão do tecido adiposo, especialmente o visceral (esse mecanismo está descrito no item sobre inflamação, ainda nesse capítulo), em condições de excesso de peso corporal.

Na maioria dos casos, a RI é assintomática, sendo muitas vezes o diagnóstico do DM2 sua primeira manifestação do DM 2. Assim, é muito importante que o profissional da saúde se atente aos sinais físicos e clínicos relacionados com a presença da RI. Nesse sentido, atualmente, os dois métodos mais utilizados para avaliação da RI são os índices HOMA-IR (do inglês, *homeostasis model assessment – insulin resistance*) e Triglicerídeos-Glicose (TyG).

O HOMA-IR é um método que estima a RI (MATTHEWS et al., 1985), com base nas concentrações de insulina plasmática e glicemia de jejum (Quadro 15). Este índice possui uma boa correlação com os resultados do clampamento euglicêmico-hiperinsulinêmico, método padrão-ouro, uma vez que ele expressa a RI hepática e pressupõe que ela e a RI periférica sejam equivalentes (IKEDA et al., 2001). Porém, o HOMA – IR apresenta como limitação a necessidade de concentrações plasmáticas de insulina, uma medida sanguínea dispendiosa que não está disponível na rotina da prática clínica (VASQUES et al., 2008).

Por sua vez, o índice TyG baseia-se no produto da equação matemática que utiliza valores de triglicerídeos e a glicose em jejum (Quadro 15). A base fisiopatológica que fundamenta o uso do índice TyG para a identificação da RI se refere a utilização de ácido graxo. O aumento do fluxo de Ácidos Graxos Livres (AGL) do tecido adiposo para o fígado resulta em anormalidades no metabolismo de lipídeo, aumentando o conteúdo de triglicerídeos hepáticos, que são determinantes da RI hepática, com conseqüente aumento da produção de VLDL e de Triglicerídeos (TG) circulantes (SIMENTAL-MENDIA et al., 2008).

Atualmente, não existem valores de referência totalmente validados para o uso do HOMA-IR ou TyG na prática clínica, mas alguns pontos de corte têm sido

apresentados e poderiam ser aplicados, de acordo com a população de interesse. Ainda, uma estratégia interessante é determinar o percentil 75 ou percentil 90 da sua população e usá-lo como valor de referência da mesma, dependendo da especificidade (menos falsos positivos) ou sensibilidade (menos falsos negativos) que deseja. Ainda medições periódicas podem ser muito úteis para avaliar a evolução da RI, como risco para o desenvolvimento do DM2 e outras comorbidades ou ainda sua redução, devido às estratégias de tratamento da sua equipe de trabalho na AB.

QUADRO 15 – ÍNDICES E VALORES DE REFERÊNCIA PARA DIFERENTES MARCADORES DE RI.

FÓRMULAS	REFERÊNCIA *
HOMA-IR = [glicose em jejum (mmol) x Insulina em jejum (ui/ml)] ÷ 22,5 HOMA IR = [glicose em jejum (mg/dL) x insulínia em jejum (mcU/mL)] ÷ 405	< 2,15
TYG = Ln [Tg (mg/dL) x Glicemia em jejum (mg/dL)/2]	Homem 4,68 Mulher 4,55

Ln – Logaritmo neperiano.

* Os valores de referência podem diferir de acordo com o laboratório ou população de estudo.

Fonte: Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2017.

Dessa forma, resultados de exames laboratoriais básicos e totalmente cobertos pelo SUS, são capazes de identificar a presença da primeira manifestação clínica do DM2, e, assim, reduzir as chances de complicações futuras, bem como manifestações da doença.

2.2 - Frações lipídicas

O colesterol total é a soma entre os diferentes tipos de colesterol (LDL-c, HDL-c, VLDL), no entanto, nessa unidade será abordado o colesterol LDL (Lipoproteína de baixa densidade) e o HDL-c (lipoproteína de alta densidade). O LDL-c, em excesso quando está em concentração elevada é prejudicial, porque possibilita o acúmulo do colesterol excedente na parede de veias e artérias, formando as placas e ateroma e promovendo a aterosclerose. Já o HDL-c tem função contrária ao LDL-c, ele é responsável por coletar pequenas moléculas de colesterol circulantes no sangue e armazenar no fígado para ser eliminado. Assim, atua benéficamente reduzindo o risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares.



As causas do aumento do colesterol são diversas, podendo estar relacionadas à genética, à frequência de atividade física, ao hábito alimentar ou até mesmo a descompensação do diabetes.

Outra fração lipídica importante são os triacilgliceróis ou TG que quando estão em concentrações elevadas podem ser considerados fator de risco para o desenvolvimento da obesidade e outras doenças, uma vez que a formação excessiva de TG pode ser armazenada no fígado e pâncreas, promovendo um quadro de esteatose hepática e pancreatite, respectivamente.

A maior parte dos TG presentes no corpo humano é proveniente da alimentação e, ao contrário do que parece, não é apenas o consumo de lipídios que contribui para formação dos TG. Os carboidratos, principalmente os simples,

se consumidos em excesso também favorecem a produção desses ésteres de gordura.

No quadro 16 são apresentados os valores de referência das frações lipídicas para adultos, de acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) (SIMÃO, et al., 2013), e no quadro 17 os valores de referência para crianças (MELLO, et al., 2004).

QUADRO 16 . VALORES PRECONIZADOS DO PERFIL LIPÍDICO PARA ADULTOS

Lipídeos	Em jejum (mg/dL)	Sem jejum (mg/dL)	Referência
Colesterol total**	<190	<190	Desejável
HDL-c	>40	>40	Desejável
Triglicerídeos	<150	<175***	Desejável
Categoria de risco			
	<130	<130	Baixo
	<100	<100	Intermediário
LDL-c	<70	<70	Alto
	<50	<50	Muito alto

**Colesterol total >310mg/dL, há probabilidade de hipercolesterolemia familiar.

***Quando as concentrações de triglicerídeos estiverem acima de 440mg/dL (sem jejum), o médico solicitante faz outra prescrição para a avaliação de triglicerídeos com jejum de 12h

Fonte: Sociedade Brasileira de Análises Clínicas, 2016

QUADRO 17 . VALORES PRECONIZADOS DO PERFIL LIPÍDICO PARA CRIANÇAS (>2 ANOS) E ADOLESCENTES

Lipídeos	Em jejum (mg/dL)	Referência
Colesterol total	<170	Desejável
HDL-c		
< 10 anos	>35	Desejável
> 10 anos	> 40	
Triglicerídeos		
2 a 10 anos	≤ 100	Desejável
11 a 19 anos	≤ 130	
LDL-c	<110	Desejável

Fonte: Mello et al, 2004

2.3 - Pressão arterial

A pressão arterial é exercida pelo sangue contra a parede das artérias. Quando a pressão é aferida o resultado é expresso em pressão sistólica e diastólica. A Pressão Arterial Sistólica (PAS), também conhecida como pressão máxima, é refletida pela contração do músculo do coração, enquanto que a Pressão Arterial Diastólica (PAD), conhecida como pressão mínima, representa o relaxamento do músculo; quando o sangue entra no coração.

Quando os valores da pressão máxima e pressão mínima estão acima de 140 mmHg por 90mmHg, recomenda-se que o indivíduo realize o exame para diagnóstico de HAS, uma vez que a HAS é o principal fator de risco para o desenvolvimento de doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, doença cerebrovascular e DRC (MALACHIAS, et al., 2016).

Nesse sentido, os valores preconizados para pressão arterial são apresentados nos quadros 18 e 19.

QUADRO 18 . CLASSIFICAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL PARA ADULTOS

Classificação	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
Normal	≤120	≤80
Pré-hipertensão	121 a 139	81 a 89
Hipertensão estágio 1	140 a 159	90 a 99
Hipertensão estágio 2	160 a 179	100 a 109
Hipertensão estágio 3	≥180	≥110
Diretriz Americana (AHA)		
Normal	<120	<80
PA elevada	120 a 129	<80
Hipertensão estágio 1	130 a 139	80 a 89
Hipertensão estágio 2	140 a 159	90 a 99
Hipertensão estágio 3	≥160	≥100
Quando PAS e PAD situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial		

Fonte: Malachias et al, 2016

QUADRO 19 . CLASSIFICAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL PARA ADOLESCENTES COM IDADES ENTRE 13 E 19 ANOS

Classificação	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
Normal	<120	<80
Pré-hipertensão	120 a 129	<80
Hipertensão estágio 1	130 a 139	80 a 89
Hipertensão estágio 2	140 a 159	90 a 99

Quando PAS e PAD situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial

Fonte: Adaptado de Flynn et al, 2012

2.4 - Síndrome Metabólica (SM)

A Síndrome Metabólica (SM) é uma condição que, atualmente, atinge 25% da população mundial e, por isso, considerada um importante problema de saúde pública. Por definição, a SM é um conjunto de fatores de risco cardiovascular que se manifesta em um indivíduo e que podem provocar o aparecimento de doença cardiovascular aterosclerótica. Nesse sentido, adiposidade visceral, a RI e a inflamação subclínica parecem estar fortemente relacionados com SM (BRASIL, 2018). É fácil de entender essa relação, visto essas alterações metabólicas são sistêmicas e acabam por afetar outros tecidos, próximos ou distantes. A falta de controle das alterações advindas do aumento excessivo de tecido gorduroso resulta, assim, em agravamento e surgimento de novas doenças crônicas.

Vários critérios para diagnóstico da SM foram propostos por diferentes organizações nas últimas décadas (Quadro 20). Destacam-se o elaborado pela *International Diabetes Federation (IDF)* (IDF, 2006), atualmente aceito pela SBD e aquele organizado por várias sociedades internacionais (ALBERTI et al. 2009), que é mais utilizado na literatura científica atual.

QUADRO 20 . CRITÉRIOS PARA O DIAGNÓSTICO DA SM DE ACORDO COM DIFERENTES DIRETRIZES

Componente	OMS, 1998	IDF, 2006	Alberti, 2009
Obesidade central	♂ RCQ > 0,9 ou IMC > 30kg/m ² ♀ RCQ > 0,85 ou IMC >30 kg/m ²	♂ europeus: cintura > 94 cm ♂ asiáticos: cintura > 90 cm ♀ cintura > 80 cm em mulheres*	♂ e ♀ IMC > 30kg/m ²
Glicose Plasmática	Diabetes ou intolerância à glicose ou resistência insulínica pelo clamp**	>100 mg/dL ou diagnóstico de diabetes	≥ 100mg/dL
Triacilgliceróis	>150 mg/dL	>150 mg/dL	≥ 150 mg/dL
HDL	♂ < 35 mg/dL ♀ < 39 mg/dL	♂ < 40 mg/dL ♀ <45 mg/dL	♂ < 40 mg/dL ♀ < 50 mg/dL
Pressão arterial	Sistólica >140 mmHg ou diastólica >90 mmHg, ou tratamento para HAS	Sistólica > 130 mmHg ou diastólica > 85 mmHg, ou tratamento para HAS	Sistólica > 130 mmHg ou diastólica > 85 mmHg
Outros	Albuminúria >20 mcg/min ou relação albumina/creatinina >30 mg/g	-	-

♂: homens. ♀: mulheres.

*Critério obrigatório para IDF + 2 componentes associados

** Critério obrigatório OMS + 2 componentes associados

Do ponto de vista prático, a presença da SM, mostra a complexidade e gravidade clínica da pessoa com obesidade, fundamental para definição das estratégias de tratamento e encaminhamento na rede de ABS.

2.5 - Inflamação crônica subclínica

A inflamação é uma reação do organismo a um agente infeccioso ou a uma lesão tecidual, cuja função é eliminar o agente causador da inflamação, reparar e restaurar a atividade do tecido. Dessa forma, existem dois tipos de inflamação: a inflamação aguda e a inflamação crônica. A primeira consiste em uma reação intensa e rápida, ocasionando vermelhidão abundante, juntamente com inchaço e rubor no local afetado. Essa, geralmente, está relacionada a traumas e agentes patogênicos. Em contrapartida, a inflamação crônica é menos intensa e pode durar dias, meses ou até anos, sendo de difícil detecção sem auxílio de exames laboratoriais específicos e, por isso, esse tipo de inflamação também pode ser chamado de inflamação subclínica. Alguns de seus marcadores estão apresentados no Quadro 21.

Diante disso, por muito tempo acreditou-se que a função do tecido adiposo era estrita a proteção mecânica. No entanto, desde a década de 90, diversos estudos têm mostrado que o tecido adiposo é altamente ativo e desempenha funções endócrinas como liberação de adipocinas (LACERDA, et al, 2016). Assim, em indivíduos com diagnóstico de obesidade, o tecido adiposo parece ser ainda mais ativo, pois o excesso do mesmo pode ativar o sistema imunológico e gerar um quadro de inflamação subclínica.

De modo sintetizado (Figura 25), a fisiopatologia da inflamação do indivíduo com obesidade inicia-se com a expansão do tecido adiposo causada pela hipertrofia e hiperplasia dos adipócitos, o que acarretará um quadro de hipóxia, ou seja, redução significativa da oxigenação no tecido. Essa condição aciona o sistema imunológico, e as células do sistema imune trabalham com o objetivo de aumentar a vascularização tecido para mantê-lo ativo. Como produto dessa reação celular, citocinas inflamatórias são liberadas em pequenas quantidades,

resultando em um quadro de inflamação crônica subclínica. Todavia, se não houver redução do tecido adiposo, a inflamação (mesmo que pequena) será contínua, o que, por sua vez, poderá provocar a inflamação sistêmica subclínica.

QUADRO 21 . PRINCIPAIS INDICADORES BIOQUÍMICOS DE INFLAMAÇÃO

Proteína C-reativa: Essa proteína é produzida pelo fígado e indica processos inflamatórios e risco de desenvolver doenças cardiovasculares. Assim, a dosagem da Proteína - C - reativa (PCR) é muito solicitada quando há suspeita de aterosclerose, suspeita de infecções virais ou bacterianas. Quando utilizado o método ultrasensível, a dosagem corresponde ao valor exato da proteína, o qual poderá ser usado para classificação do risco cardiovascular.

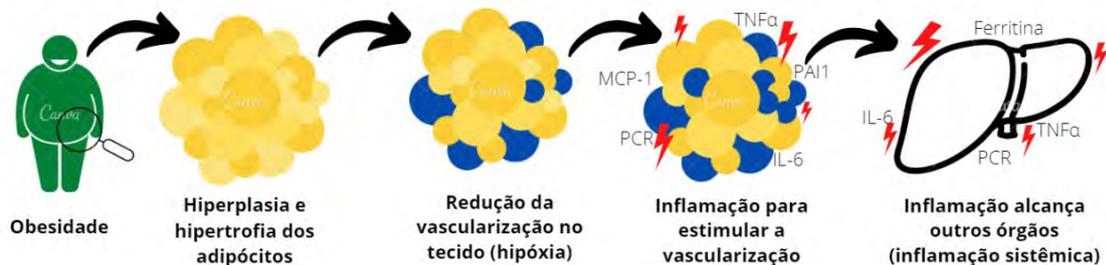
Ferritina: É uma proteína de fase aguda que indica infecções bacterianas, virais, hepatite, esteatose hepática e síndrome metabólica.

Citocinas pró-inflamatórias: interleucina IL-1 β , IL-6, IL-8, IL-17D, IL-18, leptina, fator estimulante de colônias de macrófagos-1, proteína quimiotática de monócitos-1, fator inibidor de migração de macrófagos, resistina e fator de necrose tumoral alfa (TNF-alfa).

Monócitos e macrófagos: atraídos por proteínas quimiotáticas, infiltram-se no tecido adiposo promovendo a inflamação. Além disso, a quimiotaxia pode ocorrer em veias e artérias e, nesse caso, pode promover a aterogênese.

Fonte: Miranda et al, 2014

Figura 25 – Fisiopatologia da Inflamação



Fonte: Adaptada de Oliveira & Bressan, 2010.

A inflamação ocasionada pela expansão do tecido adiposo também está relacionada à disfunção endotelial, uma vez que a inflamação pode chegar ao endotélio. Esse evento provoca vasoconstrição, trombose e proliferação celular na parede do vaso, dificultando a atividade do óxido nítrico, que possui caráter antiaterogênico. Quando isso acontece, a disfunção endotelial está instalada, aumentando a probabilidade de desencadear doença aterosclerótica. A inflamação crônica subclínica também é fator de risco para a RI, devido à ação das citocinas pró-inflamatórias. De modo mais detalhado, algumas citocinas como o fator de necrose tumoral e interleucina 1-beta inibe reações intracelulares que acabam por inibir o posicionamento dos transportadores de glicose na parede celular, para atuarem como captadores dessa glicose do sangue para dentro da célula (DUNCAN, et al, 2005). Os profissionais da AB, geralmente, utilizam esses como exames de apoio no diagnóstico de alguma doença específica, assim, são solicitados com menos frequência.

Assim, a inflamação sistêmica é caracterizada por uma inflamação que se originou no tecido adiposo, mas que alcançou outros órgãos ou tecidos, como as veias e artérias, podendo causar disfunção endotelial e aterosclerose. Logo, a inflamação é um agravante para o aparecimento de doenças metabólicas. Abaixo, no quadro 22 tem-se como valores de referência os marcadores inflamatórios para adultos.

QUADRO 22 . VALORES DE REFERÊNCIA PRECONIZADOS PARA MARCADORES INFLAMATÓRIOS.

Marcador	Valores normais de referência
Proteína C-reativa	1 a 3 mg/L
Ferritina	Mulheres 23 a 336 ng/mL Homens 11 a 306 ng/mL

Fonte: Weinstock et al, 1998

Contudo, concentrações desses componentes no sangue acima dos valores de referência podem implicar em consequências patogênicas, contribuindo diretamente para aterosclerose, ou indiretamente, promovendo ou agravando doenças metabólicas, como DM2, HAS ou dislipidemia.

2.6 - Função renal

Em sua maioria, os indivíduos com obesidade apresentam comorbidades, tais como HAS e DM2, e essas doenças causam sobrecarga e disfunção renal (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2014). Dessa forma, os exames de diagnóstico devem ser realizados com frequência mínima de uma vez ao ano por essa população específica. Os exames que analisam a função excretora dos rins são os mais indicados para o diagnóstico, uma vez que apresentam maior correlação com a doença. Os marcadores de lesão renal (um ou mais), presentes por mais de três meses, são utilizados como critérios para o diagnóstico da DRC. Dentre eles, destacam-se albuminúria (> 30 mg/24h; relação albumina/creatinina de 30 mg/g); anormalidades no sedimento urinário; distúrbios eletrolíticos e outros devido a lesões tubulares; anormalidades detectadas por exame histológico; anormalidades estruturais detectadas por exame de imagem; história de transplante renal e Taxa de Filtração Glomerular (TFG)<60 mL/min/1,73m² (categorias de TFG G3a –G5)(KDIGO, 2013).

Nesse sentido, o exame de urina tipo 1 ou EAS (Elementos Anormais do Sedimento) é um dos exames mais comuns para avaliação da função renal. Para investigar se há uma sobrecarga renal é necessário observar se existe algum sedimento na urina, como glicose, proteína, cetonas, bilirrubina, leucócitos, sangue ou algum outro componente incomum.

Recomenda-se que a coleta de urina seja a primeira do dia, pois retrata a função renal em um maior espaço de tempo. Assim, para constatar boa integridade renal, é necessário que o resultado seja negativo para todos os resíduos. Ainda, os aspectos físicos, como cor, densidade e odor devem estar de acordo com a referência.

Outra forma de se observar alterações renais iniciais é o exame da microalbuminúria, que geralmente, é a manifestação clínica mais precoce da nefropatia diabética ou hipertensiva. A microalbuminúria acontece quando há

uma excreção de albumina acima dos valores normais, no entanto, esses valores estão abaixo do limite de detecção dos métodos tradicionais de diagnóstico. Assim, tem-se os valores entre 30 e 300 mg/24 horas como preditores da doença (SILVA, et al., 2008). O exame tipo 1 pode ser solicitado por diferentes profissionais de saúde para rastreamento da lesão renal e, em caso de afirmativo, o encaminhamento para atendimento especializado pode ser precoce e mais efetivo.

Por sua vez, o clearance de creatinina ou TFG, pode ser calculado mediante os valores de creatinina do sangue, tendo em consideração a idade, o gênero e a etnia do indivíduo. Essa taxa se refere a quantos mililitros de sangue os rins filtram a cada minuto e, dessa forma, diagnosticar a insuficiência renal crônica.

Com essas informações, o médico poderá determinar em qual estágio da DRC a pessoa se encontra e traçar o melhor tratamento para o mesmo (Quadro 23):

- Tratamento conservador quando nos estágios de 1 a 3
- Pré-diálise quando nos 4 e 5-ND (não dialítico)
- Terapia Renal Substitutiva (TRS), quando no estágio 5-D (dialítico)

QUADRO 23 - PROBABILIDADE PARA DOENÇA RENAL CRÔNICA, BASEADA NA TAXA DE FILTRAÇÃO GLOMERULAR E NA ALBUMINÚRIA EM ADULTOS

Categoria	TFGe*	Albuminúria (proteinúria)**		
		A1(<30)	A2(30-00)	A3(>300)
Estágio 1	≥90	-	+	++
Estágio 2	60-89	-	+	++
Estágio 3a	45-59	+	++	+++
Estágio 3b	30-44	++	+++	+++
Estágio 4	15-29	+++	+++	+++
Estágio 5	<15	+++	+++	+++

*TFGe: Taxa de filtração glomerular estimada em mL/min/1,73m²; **mg/g creatinina. Risco para DRC: (-): Baixo risco (ausência de DRC se não houver outros marcadores de lesão renal);(+): Risco moderadamente aumentado; (++) : Alto risco; (+++): Muito alto risco.
Fonte: KIRSZTAJN et al, 2014

2.7 - Anemia

A anemia ocorre quando a hemoglobina do sangue está abaixo dos valores preconizados, isso dificulta a chegada de oxigênio nos órgãos e tecidos, uma vez que a hemoglobina é a molécula responsável pelo transporte de oxigênio no corpo.

Existem diversos fatores que podem causar a anemia, no entanto, a mais comum é a deficiência de ferro, que está envolvida na síntese das células vermelhas do sangue. Uma vez que o transporte de oxigênio fica limitado, o paciente apresenta cansaço, dores nas pernas, sonolência, indisposição e alguns sintomas depressivos. Assim, é importante realizar o diagnóstico através de um hemograma, que é um exame capaz de quantificar as diferentes células sanguíneas.

Dessa forma, o hemograma completo compreende células que podem ser divididas em três classes celulares diferentes e que são apresentadas abaixo:

Série vermelha ou eritrograma:

apresenta os valores de hemoglobina, hematócrito, hemoglobina corpuscular média (HCM) e volume corpuscular médio (VCM). Esses valores, quando analisados em conjunto, conseguem identificar a anemia.

Série branca ou leucograma:

que compreende as células do sistema imunológico. No exame aparecem divididos em neutrófilos, linfócitos, monócitos, eosinófilos e basófilos. A análise desses dados permite identificar infecções virais, bacterianas, inflamação aguda ou crônica, imunodepressão e anemias graves.

Série plaquetária ou plaquetograma:

Compreende as células produzidas na medula óssea que são responsáveis pela coagulação sanguínea.

No entanto, para o diagnóstico da anemia é analisado apenas a série vermelha do sangue, as demais células refletem presença de infecções e parasitoses. A partir desse conhecimento, o médico responsável pelo diagnóstico irá comparar os valores do exame do paciente com os valores referência, que são apresentados abaixo de acordo com a faixa etária e o sexo (Quadro 24).

Assim, o principal fator que pode estar relacionado à deficiência de ferro é a qualidade e a quantidade dos alimentos consumidos. Alimentos fontes de ferro como as carnes, vísceras, folhosos verdes escuros podem ajudar a prevenir a doença, ainda, quando consumidos com alimentos fonte em vitamina C a absorção do ferro não-heme é aumentada significativamente.

QUADRO 24 . PONTOS DE CORTE PARA O DIAGNÓSTICO DE ANEMIA

Célula	Homens	Mulheres
Crianças 2 a 6 anos		
Hemácias (× 10 ¹² /L)	4,0 a 5,2	
Hemoglobina (g/dL)	11,5 a 13,5	
Hematócrito (%)	34 a 40	
VCM (fL)	75 a 87	
HCM (pg)	24 a 30	
CHCM (g/dL)	31 a 37	
Crianças 6 a 12 anos		
Hemácias (× 10 ¹² /L)	4,0 a 5,2	
Hemoglobina (g/dL)	11,5 a 15,5	
Hematócrito (%)	35 a 45	
VCM (fL)	77 a 95	
HCM (pg)	25 a 33	
CHCM (g/dL)	31 a 37	
Adolescentes 12 a 19 anos		
Hemácias (× 10 ¹² /L)	4,5 a 5,3	4,1 a 5,1
Hemoglobina (g/dL)	13 a 16	12 a 16
Hematócrito (%)	37 a 49	36 a 46
VCM (fL)	78 a 102	
HCM (pg)	25 a 35	
CHCM (g/dL)	31 a 37	
Adultos (inclui gestantes)		
Hemácias (× 10 ¹² /L)	4,52 a 5,90	4,1 a 5,1
Hemoglobina (g/dL)	14 a 17,5	12 a 16
Hematócrito (%)	42 a 50	36 a 46
VCM (fL)	80 a 96,1	
HCM (pg)	27,5 a 33,2	
CHCM (g/dL)	33,4 a 35,5	
Idosos		
Hemácias (× 10 ¹² /L)	3,9 a 5,3	
Hemoglobina (g/dL)	11 a 16	
Hematócrito (%)	35 a 47	
VCM (fL)	80 a 98	
HCM (pg)	27,5 a 33,2	
CHCM (g/dL)	33,4 a 35,5	

CHCM: Concentração de Hemoglobina Corpuscular Média
 Fonte: Wintrobe: Hematologia Clínica e Laboratório Fleury

2.8 - Deficiência de Vitamina D

A vitamina D embora seja conceituada como uma vitamina lipossolúvel, suas funções estão relacionadas a hormônios e, por isso, é considerada um pré-hormônio. Ela atua em conjunto ao Paratormônio (PTH) e está envolvida no metabolismo ósseo e regulação do sistema imunológico. No entanto, exerce diferentes funções nos diferentes estágios da vida.

Funções da vitamina D

Para todas as idades:

- Fixação do cálcio no osso
- Regulação do sistema imunológico
- Regulação do metabolismo de carboidratos
- Proteção para doenças cardiovasculares

Para crianças:

- Fixação do cálcio no osso
- Solidificação óssea
- Redução de crise asmática

Para gestantes:

- Menor probabilidade do bebê apresentar doenças respiratórias;
- Menor probabilidade de a criança desenvolver obesidade e Diabetes Mellitus tipo 1

Embora existam diferentes mecanismos possíveis que expliquem a relação da deficiência de vitamina D e obesidade, uma possível causa pode estar relacionada às maiores concentrações de leptina e Inteleucina 6 (IL-6) presente nos indivíduos com obesidade. A hipótese fundamenta-se no fato de que as concentrações elevadas de leptina e IL-6 inibem a conversão para forma ativa da vitamina D. Um estudo acompanhou 1.100 australianos com obesidade por 2,6 anos e observou que a adiposidade corporal estava associada negativamente as concentrações de vitamina D sérica; além disso, àqueles com maiores concentrações sanguíneas de leptina e IL-6, apresentaram menores concentrações da vitamina D ativa (DING, et al, 2010).

Assim, visto a importância dessa vitamina e sua relação com a obesidade e outras doenças crônicas, o profissional de saúde deve considerar a solicitação da vitamina D sérica (25(OH)D) para detecção de deficiência (Quadro 25).

QUADRO 25 . VALORES DE REFERÊNCIA DE VITAMINA D SÉRICA EM DIFERENTES FAIXAS ETÁRIAS E ALTERAÇÕES DE SAÚDE

Faixa etária	Valor (ng/mL)	Referência
População saudável < 60 anos	>20 <100 >100	Desejável Risco de toxicidade e hipercalcemia
População de risco (gestantes, idosos >60 anos), indivíduos com fraturas ou quedas recorrentes, gestantes e lactantes, osteoporose (primária e secundária), doenças osteometabólicas, tais como raquitismo, osteomalácia, hiperparatireoidismo, DRC, síndromes de má-absorção, como após cirurgia bariátrica e doença inflamatória intestinal, medicações que possam interferir com a formação e degradação da vitamina D, tais como: terapia antirretroviral, glicocorticoides e anticonvulsivantes, neoplasias malignas, sarcopenia e diabetes.	>30 < 60	Desejável

Fonte: Sociedade Brasileira de Endocrinologia, 2018.

3 - CONSUMO ALIMENTAR

O consumo alimentar é um dos determinantes do estado nutricional e relaciona-se à saúde em todas as fases da vida (BRASIL 2015b). É importante conhecer o perfil de consumo alimentar dos indivíduos para valorizar os pontos positivos da sua dieta e estabelecer mudanças e metas (BRASIL, 2014).

O planejamento das metas e ações deve se basear no estabelecimento de hábitos e práticas relacionadas à escolha de alimentos, comportamentos alimentares e realização de atividade física (BRASIL, 2014).



O estímulo ao consumo alimentar saudável, no Brasil, perpassa pela Política Nacional de Alimentação Saudável, abordando questões sobre o aleitamento materno, a alimentação complementar saudável e promoção da alimentação saudável nas escolas e nos ambientes de trabalho. Além disso, podemos citar o *Guia Alimentar* e a organização do *SISVAN* como importantes instrumentos para monitoramento da situação alimentar e nutricional da população (BRASIL, 2011; BRASIL, 2015a).

O monitoramento das práticas de consumo alimentar colabora com o diagnóstico da situação alimentar e nutricional, fornecendo subsídios para o planejamento e a organização do cuidado da população adstrita aos serviços de AB (BRASIL 2015b). Dessa forma, realizar avaliação do consumo alimentar na rotina da AB é uma ação estratégica de cuidado em saúde, especialmente no acompanhamento individual, o qual potencializa as demais ações de prevenção e de tratamento realizadas no cotidiano dos serviços (BRASIL 2015b).

Para a avaliação do consumo alimentar e hábitos relacionados à alimentação, podem ser usados alguns instrumentos. Um instrumento é o questionário de consumo alimentar do *SISVAN*, organizado por fase do curso da vida e permite avaliar tanto a frequência de alimentos saudáveis como de alimentos ricos em açúcar, gorduras e sódio que são os principais causadores de excesso de peso (BRASIL, 2014).



SAIBA MAIS: Sobre o tema, leia mais, acessando o link: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/marcadores_consumo_alimentar_atencao_basica.pdf

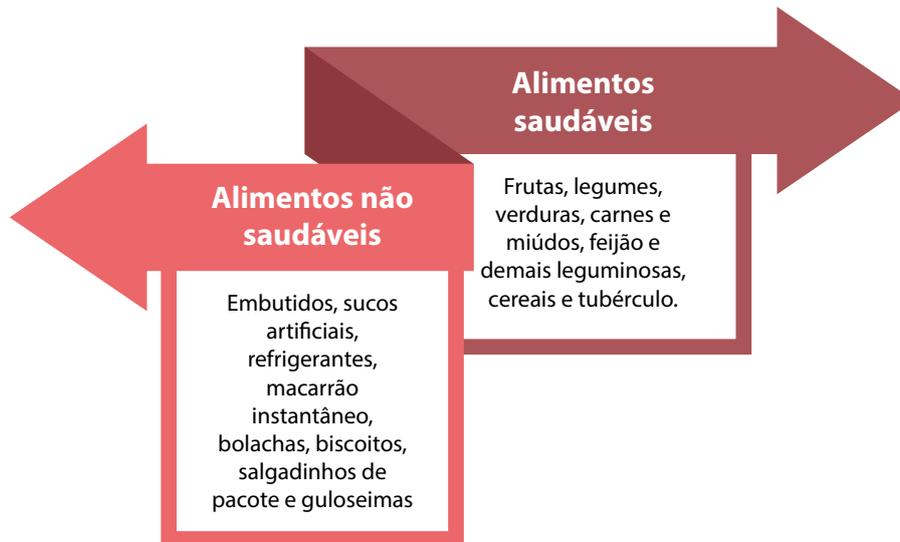
3.1 - FORMULÁRIOS DE MARCADORES DO CONSUMO ALIMENTAR DO SISVAN

A proposta da adoção de formulários, pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, permite realizar o monitoramento da saúde de crianças menores de seis meses, de seis a 23 meses, 29 dias de idade, 2 a 9 anos, adolescentes, adultos, idosos e gestantes. Os formulários possuem como objetivo simplificar a coleta de dados e permitir a análise precisa das informações obtidas no momento da consulta individual para avaliar comportamentos alimentares saudáveis e não saudáveis. A coleta de dados é feita através da avaliação do consumo de alimentos do dia anterior e pode ser realizada por qualquer profissional da atenção básica.

- **Marcadores da alimentação saudável e não saudável**

A partir das informações obtidas por meio do formulário de marcadores de consumo alimentar, o profissional de saúde poderá identificar a ingestão de:

Figura 26. Exemplos de alimentos saudáveis e não saudáveis abordados nos marcadores de consumo

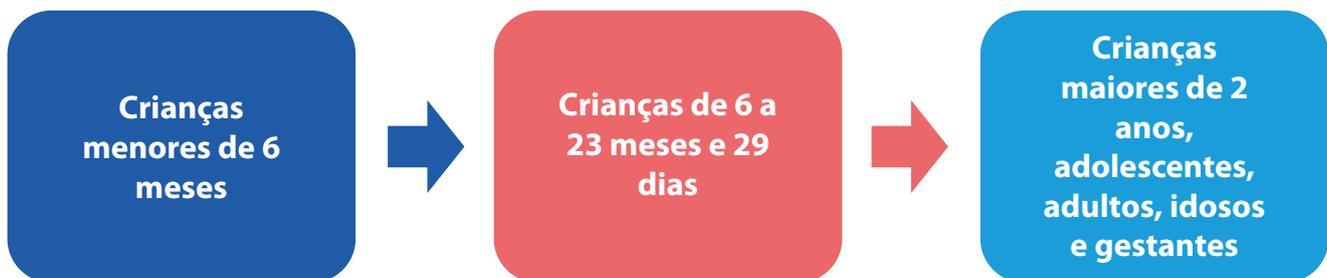


Fonte: Adaptado de Brasil, 2015b

Para isso, a Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN) disponibiliza os formulários de marcadores de consumo alimentar no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan Web), permitindo a avaliação do consumo alimentar da população brasileira na rotina da Atenção Básica. Os objetivos dos formulários são possibilitar a identificação de práticas alimentares saudáveis e não saudáveis e, principalmente, viabilizar a realização da VAN por todo profissional de saúde, independentemente da sua formação (BRASIL 2015b).

No SISVAN, estão disponíveis três formulários:

Figura 27. Estratificação do formulário de marcadores de consumo alimentar no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional por faixa etária



Fonte: Adaptado de Brasil, 2015b

Na avaliação do consumo alimentar, o profissional não deve focar exclusivamente o aspecto quantitativo da alimentação, mas sim identificar qualidade e comportamentos de risco. É preciso também estar atento à quantidade de refeições que a pessoa realiza ao longo do dia, bem como ao hábito de se alimentar assistindo à televisão, mexendo no celular ou *tablet*.



SAIBA MAIS! No documento *Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na Atenção Básica*, você encontra, além do formulário com os marcadores de consumo alimentar, orientações práticas a serem reforçadas por todo e qualquer profissional da equipe de Atenção Básica (BRASIL 2015b).

Para a adequada orientação e incentivo sobre hábitos de vida saudável, é necessário saber quais alimentos contribuem para a saúde e o bem-estar, e quais não são saudáveis. Nessa perspectiva, a atenção primária deve utilizar o *Guia Alimentar para a População Brasileira*, a fim de orientar e promover alimentação saudável, e assim, reduzir os fatores de risco para as DCNT, como a obesidade. A seguir os dez passos para uma alimentação adequada e saudável (Quadro 26).

QUADRO 26 - DEZ PASSOS PARA UMA ALIMENTAÇÃO ADEQUADA E SAUDÁVEL

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

Fonte: Adaptado de Brasil, 2014.

Sabe-se que os alimentos ultraprocessados estão associados a uma dieta não saudável e a várias DCNT, como a obesidade. Esses alimentos têm em sua composição elevado teor de açúcar, gorduras de má qualidade, sódio e calorias. Atrelado a esse excesso, também têm baixo ou insuficiente teor de proteínas, fibras e micronutrientes (MONTEIRO et al., 2019). Diante disso, o consumo de alimentos ultraprocessados é desencorajado pelo *Guia Alimentar para a População Brasileira* e suas orientações devem ser repassadas para os brasileiros com o intuito de melhorar a qualidade da dieta e, conseqüentemente, a vida dos indivíduos em situação de obesidade.

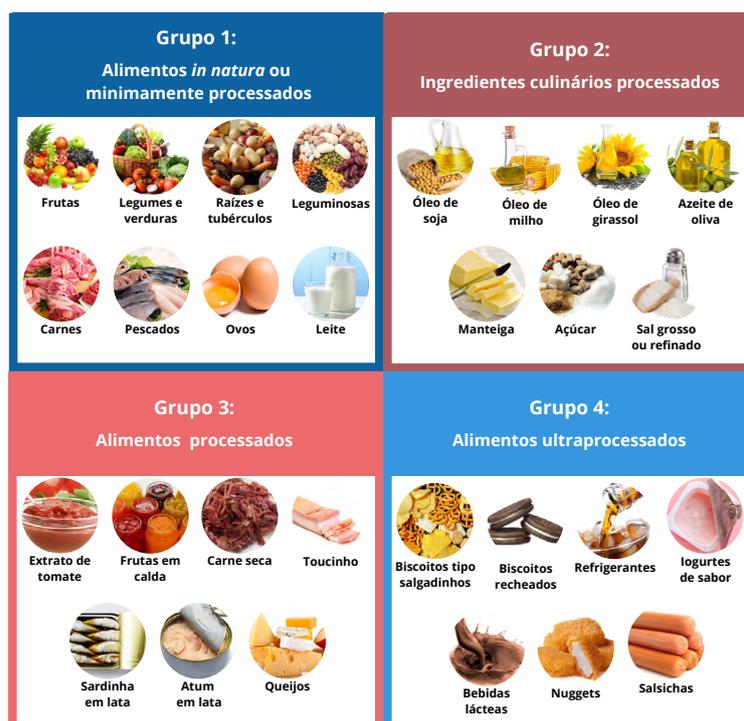
O Guia, portanto, abrange questões além da alimentação, e que relacionam com a obesidade, como questões culturais, sociais, econômicas e ambientais incumbidas no comportamento alimentar dos indivíduos.



SAIBA MAIS Para mais informações acesse o *Guia Alimentar para População Brasileira*, acesse site da Biblioteca Virtual, em Saúde, do Ministério da Saúde, pelo link <http://bvsmms.saude.gov.br/>

A classificação nova (MONTEIRO et al., 2019) dos alimentos foi utilizada para a formulação do Guia Alimentar. Essa classificação agrupa os alimentos de acordo com extensão e o processamento industrial a que são submetidos. Nessa classificação, os alimentos são reunidos em quatro grupos (figura 28):

Figura 28. Classificação NOVA dos alimentos



Fonte: Adaptado de Monteiro et. al, 2019

Para estimular a alimentação saudável, as refeições devem ser preparadas com base, principalmente, nos dois primeiros grupos, seguindo o consumo moderado de alimentos do grupo três e evitando os alimentos do último grupo. Você vai perceber que essa orientação está descrita de forma simplificada e de fácil visualização nos dez passos para alimentação adequada e saudável, demonstrado no quadro 26.

Outra orientação é sobre o modo de temperar e cozinhar os alimentos, os óleos, sal e açúcar, por exemplo, que devem ser utilizados em pequenas quantidades. Regularidade das refeições, locais limpos e confortáveis para alimentação, em companhia, e estímulo ao próprio preparo das refeições, planejando-as ao longo do dia, também faz parte das orientações. Essas são algumas dicas para a PAAS (BRASIL, 2014).

Uma maneira prática de identificar se se trata de um alimento ultraprocessado é verificar se a sua lista de ingredientes contém substâncias alimentares que nunca ou raramente são usadas em cozinhas ou que são classes de aditivos, cuja função é tornar o produto final palatável ou mais atraente (MONTEIRO et al., 2019).



Sabe-se que a alimentação inadequada pode levar ao risco nutricional. Tanto o déficit nutricional quanto o excesso são situações que aumentam a suscetibilidade a doenças. O excesso de peso está intimamente relacionado ao acometimento dos indivíduos por DCNT, como diabetes, hipertensão, obesidade e doenças do coração. Desta forma, uma alimentação adequada e saudável é fundamental para saúde e qualidade de vida, tendo benefícios de curto, médio e longo prazo para todas as pessoas. Deve-se destacar que o aleitamento materno é a primeira prática de alimentação saudável, e ele deve ser incentivado (BRASIL, 2014).

O Guia Alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos (BRASIL, 2019) apresenta os doze passos para uma alimentação saudável (Quadro 27).

QUADRO 27 - DOZE PASSOS PARA UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL PARA MENORES DE 2 ANOS

Passo 1	Amamentar até 2 anos ou mais, oferecendo somente o leite materno até 6 meses.
Passo 2	Oferecer alimentos <i>in natura</i> ou minimamente processados, além do leite materno, a partir dos 6 meses.
Passo 3	Oferecer água própria para o consumo à criança, em vez de sucos, refrigerantes e outras bebidas açucaradas.
Passo 4	Oferecer a comida amassada quando a criança começar a comer outros alimentos, além do leite materno.
Passo 5	Não oferecer açúcar nem preparações ou produtos que contenham açúcar à criança até 2 anos de idade.
Passo 6	Não oferecer alimentos ultraprocessados para a criança.
Passo 7	Cozinhar a mesma comida para a criança e para a família.
Passo 8	Zelar para que a hora da alimentação da criança seja um momento de experiências positivas, aprendizado e afeto junto da família.
Passo 9	Prestar atenção aos sinais de fome e saciedade da criança e conversar com ela durante a refeição.
Passo 10	Cuidar da higiene em todas as etapas da alimentação da criança e da família.
Passo 11	Oferecer à criança alimentação adequada e saudável também fora de casa.
Passo 12	Proteger a criança da publicidade de alimentos.

Fonte: Adaptado de Brasil, 2019.



SAIBA MAIS O Guia Alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos já está disponível. A versão pode ser acessada pelo *link* <http://aps.saude.gov.br/biblioteca/index>.

A orientação alimentar é ferramenta de grande utilidade tanto para promoção de hábitos alimentares saudáveis, quanto para a prevenção e o controle do sobrepeso e da obesidade. Contudo, é importante que as orientações sejam pautadas na incorporação de uma alimentação saudável e culturalmente aceitável, no resgate e reforço das práticas desejáveis para a manutenção da saúde, em escolhas alimentares com os recursos econômicos disponíveis e alimentos produzidos localmente, levando em conta também a variação sazonal deles (BRASIL, 2014).

Uma alimentação saudável inclui o equilíbrio. Não é preciso excluir tudo o que o paciente gosta de comer, mas é preciso evitar os excessos. Além disso, deve-se pensar com cautela e responsabilidade sobre os exageros alimentares cometidos

pelos pacientes, por exemplo, o que os fazem comer frequentemente alimentos ultraprocessados ou alimentos ricos em açúcar?

Deve-se desmistificar várias concepções sobre a alimentação, como a ideia de que tudo que é gostoso engorda e é caro. Devemos apresentar alternativas, e voltamos a citar a culinária, como ferramentas que possibilitam a descoberta de novos sabores e maior qualidade nutricional. Isso é possível com o mesmo orçamento familiar (BRASIL, 2014).



Desse modo, com base na anamnese feita pela equipe multiprofissional e na construção do PTS, é importante valorizar e estimular hábitos saudáveis que já fazem parte da rotina do indivíduo. Ao lado disso, é necessário mudar aspectos que ainda precisam ser transformados, escolhendo a melhor estratégia para atingir o objetivo e o indivíduo e, assim, conseguir incorporar a mudança na sua rotina diária (BRASIL, 2014).

4 - ASPECTOS PSICOLÓGICOS DA OBESIDADE

A obesidade é muitas vezes resumida ao resultado de um desbalanço energético, causado por um desequilíbrio entre a ingestão de alimentos e o gasto de energia. Entretanto é preciso considerar a complexa interação entre fatores biológicos e psicológicos, combinados com influências ambientais e sociais, que influenciam os comportamentos responsáveis por criar esse desequilíbrio. Embora seja difícil separar esses fatores para compreensão da obesidade, a importância de abordar os aspectos psicológicos dessa condição tornou-se mais explícita nas últimas duas décadas (DOS SANTOS MORAES et al., 2019; PERRIARD-ABDOH et al., 2019). Os fatores psicológicos podem influenciar o comportamento alimentar, ou seja, no seu desenvolvimento, além de serem importantes para o gerenciamento e sucesso do tratamento da obesidade. Além disso, questões psicológicas podem surgir como resultado de contínuas tentativas de perda de peso (SCHUTZ et al., 2019; BUNGA, 2018; COLLINS; MENG; ENG, 2016).

Nesse contexto, condições neuropsicológicas, bem como aspectos psicológicos e psicossociais têm ganhado importância nos estudos sobre causas e intervenções na obesidade. O papel do estresse crônico no desenvolvimento e persistência da obesidade e, particularmente, o aumento do cortisol, hormônio do estresse glicocorticoide, causando uma redistribuição do tecido adiposo branco na região abdominal e aumento do apetite, com preferência por alimentos com alta densidade calórica, tem contribuído para defesa dessa proposta (VAN DER VALK; SAVAS; VAN ROSSUM, 2018; SIKORSKI et al., 2015). Outras consequências de ter um sistema de resposta ao estresse persistentemente ativado seria a contínua tendência ao ganho de peso (Quadro 28).

QUADRO 28 - CONSEQUÊNCIAS DO ESTRESSE NO CONTROLE DE PESO

Mecanismo Fisiológico do Estresse	Comportamento de risco para ganho de peso
Atividade reduzida no córtex pré-frontal, que é responsável por o controlar o consciente do indivíduo sobre o planejamento e tomada de decisões.	Maior probabilidade de que as pessoas comam mesmo sem fome e tenham uma capacidade reduzida de regular o comportamento alimentar.
Alterações no equilíbrio de hormônios responsáveis pela regulação do apetite.	Compromete a capacidade do indivíduo responder aos sinais associados à plenitude (saciedade).
Sono inadequado, que está associado a elevações nas concentrações de cortisol, diminuição da tolerância à glicose, níveis mais baixos de leptina e aumentos de grelina.	Cansaço como resultado da qualidade ou duração reduzida do sono, além de apetite e fome mal regulados, ingestão excessiva de alimentos e seleção de alimentos mais calóricos.

Fonte: Adaptado de PERRIARD-ABDOH et al, 2019



SAIBA MAIS! Uma das formas de avaliar a qualidade do sono é através do Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh, que avalia a qualidade do sono do indivíduo em relação ao último mês. O índice avalia a qualidade subjetiva do sono, a latência, duração, eficiência habitual e transtornos do sono, além do uso de medicamentos para dormir e disfunção diurna. As pontuações geram um escore global, onde quanto maior a pontuação, pior é a qualidade do sono.

Ver mais em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2748771/>

Diversos fatores podem ser responsáveis pelo estresse, como:

- Insegurança financeira;
- Trauma ou conflito familiar;
- Experiências adversas na infância;
- Pertencer a um grupo estigmatizado;
- Baixa auto estima devido à internalização de estigma;
- Exposição a atitudes e comportamentos discriminatórios;
- Pressões da sociedade;
- Insucesso nas tentativas para perder peso, resultando em desânimo e frustração.

Dessa forma, a discriminação contra indivíduos com maior índice de massa corporal pode ser particularmente problemática, pois ao induzir insatisfação corporal e baixa autoestima, principalmente entre as mulheres, o risco para estresse e ansiedade aumenta e, em consequência, o risco de depressão e transtornos alimentares também. De fato, tem sido demonstrado que os indivíduos com obesidade correm o risco de transtornos de humor e ansiedade (COLLINS; MENG; ENG, 2016). Isso sugere um círculo vicioso, no qual a ação glicocorticoide

aumentada, obesidade e estresse interagem podendo potencialmente contribuir e/ou exacerbar um ao outro (AGÜERA et al., 2020; DA LUZ et al., 2018; VAN DER VALK; SAVAS; VAN ROSSUM, 2018; RAJAN; MENON, 2017).

O transtorno depressivo é um dos transtornos psiquiátricos mais frequentes entre os indivíduos com obesidade (COLLINS; MENG; ENG, 2016). A ingestão de alimentos pode desempenhar um papel significativo no alívio e prevenção imediata do sofrimento psicológico, dessa forma alimentos e emoções estão conectados. A realização de uma refeição tem a capacidade de alterar o humor e a predisposição emocional, geralmente reduzindo a excitação e a irritabilidade e aumentando a calma e o efeito positivo. Nesse contexto, as pessoas usam a comida para comemorar após um bom dia ou ocasião especial ou para se sentir melhor após um dia ruim. No entanto, comer em resposta a emoções pode se tornar problemático quando é feito de forma frequente e regular, transformando em um hábito para lidar com o humor deprimido, pois pode contribuir para o ganho de peso (DOS SANTOS MORAES et al., 2019; PERRIARD-ABDOH et al., 2019).

Estudos demonstraram sinais de anormalidades endócrinas e metabólicas associadas que vinculam a obesidade à depressão, entre elas: sinais inflamatórios, aumento do cortisol e resistência a leptina e insulina. Esses sinais estão associados positivamente ao acúmulo central de gordura (DOS SANTOS MORAES et al., 2019). A escala hospitalar de ansiedade e depressão (HAD) avalia sintomas da ansiedade e depressão (Quadro 29). Essa escala é validada para a população brasileira, com o intuito de auxiliar profissionais da saúde no reconhecimento dos sintomas e manejo adequado desses pacientes (ZIGMOND; SNAITH, 1983).

QUADRO 29 - ESCALA HOSPITALAR DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO – HAD

<p>A Eu me sinto tenso e contraído: 3 () A maior parte do tempo 2 () Boa parte do tempo 1 () De vez em quando 0 () Nunca</p>		<p>D Eu estou lento para pensar e fazer coisas: 3 () Quase sempre 2 () Muitas vezes 1 () De vez em quando 0 () Nunca</p>	
<p>D Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes: 0 () Sim, do mesmo jeito que antes 1 () Não tanto como antes 2 () Só um pouco 3 () Já não consigo ter prazer em nada</p>		<p>A Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago: 0 () Nunca 1 () De vez em quando 2 () Muitas vezes 3 () Quase sempre</p>	
<p>A Eu sinto uma espécie de medo como se alguma coisa ruim fosse acontecer: 3 () Sim, e de jeito muito forte 2 () Sim, mas não tão forte 1 () Um pouco, mas isso não me preocupa 0 () Não sinto nada disso</p>		<p>D Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência: 3 () Completamente 2 () Não estou me cuidando como eu deveria 1 () Talvez não tanto quanto antes 0 () Me cuido do mesmo jeito que antes</p>	
<p>D Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas: 0 () Do mesmo jeito que antes 1 () Atualmente um pouco menos 2 () Atualmente bem menos 3 () Não consigo mais</p>		<p>A Eu me sinto inquieto (a), como se eu não pudesse ficar parado (a) em lugar algum: 3 () Sim, demais 2 () Bastante 1 () Um pouco 0 () Não me sinto assim</p>	
<p>A Estou com a cabeça cheia de preocupações: 3 () A maior parte do tempo 2 () Boa parte do tempo 1 () De vez em quando 0 () Raramente</p>		<p>D Fico esperando animado (a) as coisas boas que estão por vir: 0 () Do mesmo jeito que antes 1 () Um pouco menos que antes 2 () Bem menos do que antes 3 () Quase nunca</p>	
<p>D Eu me sinto alegre: 3 () Nunca 2 () Poucas vezes 1 () Muitas vezes 0 () A maior parte do tempo</p>		<p>A De repente tenho a sensação de entrar em pânico: 3 () A quase todo momento 2 () Várias vezes 1 () De vez em quando 0 () Não senti isso</p>	
<p>A Consigo ficar sentado (a) à vontade e me sentir relaxado (a): 0 () Sim, quase sempre 1 () Muitas vezes 2 () Poucas vezes 3 () Nunca</p>		<p>D Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, ouço rádio, ou quando leio alguma coisa: 0 () Quase sempre 1 () Várias vezes 2 () Poucas vezes 3 () Quase nunca</p>	
<p>Escala HAD</p>	<p>Ansiedade</p>	<p>Depressão</p>	
<p>Questões</p>	<p>1,3,5,7,9,11,13</p>	<p>2,4,6,8,10,12,14</p>	
<p>Ponto de corte</p>	<p>Sem ansiedade: 0 a 8 Com ansiedade: ≥ 9</p>	<p>Sem depressão: 0 a 8 Com depressão: ≥ 9</p>	

Fonte: ZIGMOND; SNAITH, 1983.

Em relação aos transtornos alimentares que estão relacionados à obesidade, destacamos Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP) e a Síndrome do Comer Noturno (SCN).

O TCAP, assim como a bulimia nervosa, é caracterizado por episódios recorrentes de compulsão alimentar, no qual ocorre ingestão de grande quantidade de alimentos em um período muito limitado, com sensação de perda de controle, por pelo menos uma vez por semana nos últimos três meses. Esses episódios estão associados a pelo menos três das cinco características a seguir (AGÜERA et al., 2020; SCHUTZ et al., 2019; DA LUZ et al., 2018):

- Comer muito mais rapidamente do que o normal;
- Comer excessivamente até que fique desconfortavelmente cheio, com sensação de distensão gástrica;
- Comer uma grande quantidade quando não está sentindo fome fisicamente;
- Comer isoladamente por causa do constrangimento relacionado a quantidade de comida consumida tão rapidamente;
- Sentir nojo de si mesmo, depressão ou culpa pelos episódios de compulsão alimentar.

No entanto, ao contrário da bulimia nervosa, há uma ausência de comportamentos compensatórios inadequados, como vômitos, jejum ou exercício excessivo. Devido ao excesso de consumo calórico envolvido, o TCAP está fortemente associado à obesidade e vai além, uma vez que, psicologicamente, está associado a um sofrimento mais subjetivo em relação ao comportamento alimentar, afetando a autoestima do indivíduo, sua atitude em relação ao peso e à imagem corporal, com relevante impacto na sua qualidade de vida (AGÜERA et al., 2020; COLLINS; MENG; ENG, 2016).

A SCN é outro tipo de distúrbio alimentar que pode levar a um ganho de peso significativo, sendo caracterizada por episódios recorrentes de consumo excessivo de alimentos à noite (consumindo mais de 25% das calorias diárias após o jantar), bem como por anorexia matinal, insônia, angústia ou humor frequentemente deprimido. Para seu diagnóstico, os indivíduos devem estar cientes e capazes de recordar os episódios alimentares. Esses sintomas também devem causar sofrimento significativo. A síndrome normalmente começa no início da idade adulta e parece ser exacerbada em períodos de grande estresse (MCCUEN-WURST; RUGGIERI; ALLISON, 2018; COLLINS; MENG; ENG, 2016).

A tendência existente de que indivíduos com distúrbios alimentares procurem tratamentos para sobrepeso ou obesidade, mas não para os distúrbios, deve ser considerada na abordagem de cuidado integral do indivíduo com obesidade (DA LUZ et al., 2018). Assim, comportamentos alimentares devem ser explorados por meio de perguntas simples de triagem, uma vez que pessoas nessa condição geralmente não falam sobre essas questões de forma voluntária, devido à culpa e, ou, vergonha que carregam por esses transtornos (MCCUEN-WURST; RUGGIERI; ALLISON, 2018). A avaliação psiquiátrica também pode ser um componente importante para otimizar os resultados terapêuticos (RAJAN; MENON, 2017).

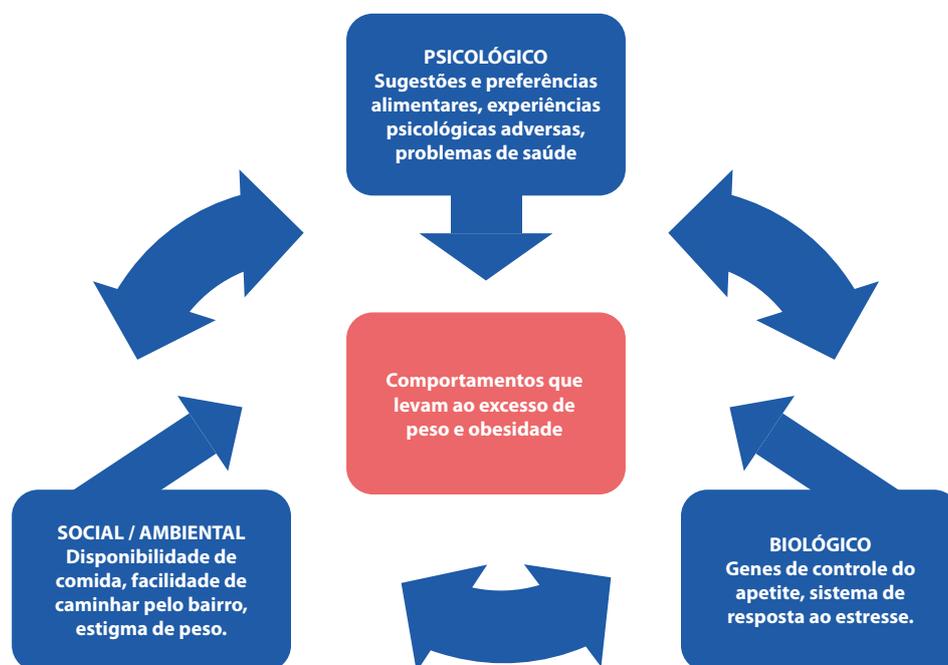
No contexto apresentado, a Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) tornou-se um aspecto importante do tratamento da obesidade, como uma forma de auxiliar os indivíduos na mudança comportamental em relação a comportamentos alimentares negativos, na busca por estilo de vida saudável. As intervenções da TCC incluem técnicas para controle de estímulos, gerenciamento do estresse, estabelecimento de metas e automonitoramento. Terapias

psicodinâmicas (baseadas na ideia de que os problemas decorrem de conflitos internos ocultos), terapias humanísticas (concentram em ajudar os clientes a encontrar significado em suas vidas e a viver de maneira consistente com seus próprios valores e características) e terapias de grupo também foram testadas no controle da obesidade, podendo impactar na melhora da imagem corporal, autoestima, autoconfiança, autoafirmação e a qualidade de vida (SCHUTZ et al., 2019; BUNGA, 2018; COLLINS; MENG; ENG, 2016).

Melhorar o gerenciamento da obesidade nos cuidados primários é fundamental para reduzir as comorbidades e custos associados, bem como aumentar a qualidade de vida dos indivíduos atendidos (SCHUTZ et al., 2019). Nesse contexto, os profissionais de saúde devem compreender os fatores que influenciam no comportamento e o impacto psicológico da obesidade, incluindo transtornos do humor, distúrbios alimentares, distúrbios do sono e que busquem abordagens abrangentes e multidisciplinares de tratamento (COLLINS; MENG; ENG, 2016). Uma abordagem multidisciplinar ao tratamento da obesidade (Figura 29), que atenda a fatores psicológicos, sociais, ambientais e biológicos, é fundamental para garantir um atendimento abrangente, bem como melhores resultados (BUNGA, 2018).

Também é necessário compreender a interação desses fatores psicológicos com os fatores ambientais e biológicos, abordando a obesidade considerando o contexto cultural e social em que as pessoas vivem, bem como o ambiente físico e os fatores fisiológicos. Ao focar a atenção nos determinantes do comportamento, e não apenas no próprio comportamento, essa forma de abordagem integra as diversas influências complexas sobre a obesidade em uma única estrutura e auxilia no entendimento de que indivíduos e ambientes têm um papel importante no desenvolvimento dessa condição, se influenciando mutuamente (PERRIARD-ABDOH et al., 2019).

Figura 29 – Abordagem biopsicossocial da obesidade, considerando aspectos psicológicos



Fonte: PERRIARD-ABDOH et al, 2019

5 - AVALIAÇÃO DOS DETERMINANTES AMBIENTAIS NA OBESIDADE

O conhecimento do território é de suma importância para organização dos serviços de saúde. Para isso, é fundamental entender o território como um espaço que condiciona os eventos de saúde, podendo vir a promover melhorias ou prejudicar as condições de vida e saúde da população. A exposição às situações que afetam negativamente a saúde, geralmente não representa escolhas dos indivíduos, mas o resultado da falta de opções para evitar ou eliminar as situações de vulnerabilidade ou o desconhecimento sobre essa vulnerabilidade, sendo necessário traçar estratégias para contornar esta situação.

Como o ambiente pode influenciar os hábitos de vida saudáveis ou não saudáveis, ele tem papel relevante no desenvolvimento da obesidade. O ambiente em que os indivíduos estão inseridos mudou drasticamente nas últimas décadas, com o aumento significativo da disponibilidade de alimentos e modificações nas características desses alimentos. Além disso, houve redução dos níveis de atividade física, fator que está relacionado à obesidade, apesar de não ser a única causa.

Um ambiente alimentar favorável (caracterizado por maior disponibilidade e acesso a estabelecimentos de vendas de alimentos saudáveis) pode favorecer hábitos alimentares saudáveis e menor prevalência de obesidade. Da mesma forma, a maior disponibilidade de alimentos ultraprocessados pode representar um impacto negativo nos hábitos alimentares. A partir da disponibilidade do alimento, o gosto e o consumo são socialmente construídos, traduzindo-se em práticas alimentares diferenciadas nas diversas culturas e grupos sociais.



Você conhece os estabelecimentos que comercializam alimentos em seu território? Qual o perfil predominante dos alimentos comercializados? Você se lembra das estratégias pensadas para melhoria do ambiente alimentardiscutidas no nosso curso?

Não apenas o acesso físico ao alimento, mas também a renda impacta os hábitos alimentares, que, por sua vez, apresentam forte relação com o trabalho, devido a aspectos da prática cotidiana, como a possibilidade de realização de refeições em estabelecimentos comerciais próximos aos locais de trabalho e o horário das refeições.

No que diz respeito à prática de atividade física, o acesso e a disponibilidade de locais próprios exercem também impacto no hábito da população. Tem sido demonstrado uma correlação positiva de maior densidade de parques e locais públicos para a prática de atividade física e menores prevalências de sobrepeso. Porém, a simples presença de locais de prática de atividade física não implica sua utilização, considerando que estruturas precárias e a falta de incentivo constituem fatores que podem representar barreiras para a atividade.



Nesse contexto, os profissionais de saúde devem considerar as possibilidades e limitações do sujeito e do ambiente no desenvolvimento de atividades propostas. As políticas para a diminuição da prevalência de obesidade no município devem abordar o aumento de estruturas públicas para atividade física em conjunto com a implantação de programas para essa prática.

Adicionalmente, aspectos estressores presentes no ambiente físico e social da vizinhança, como as características de criminalidade e da segurança pública

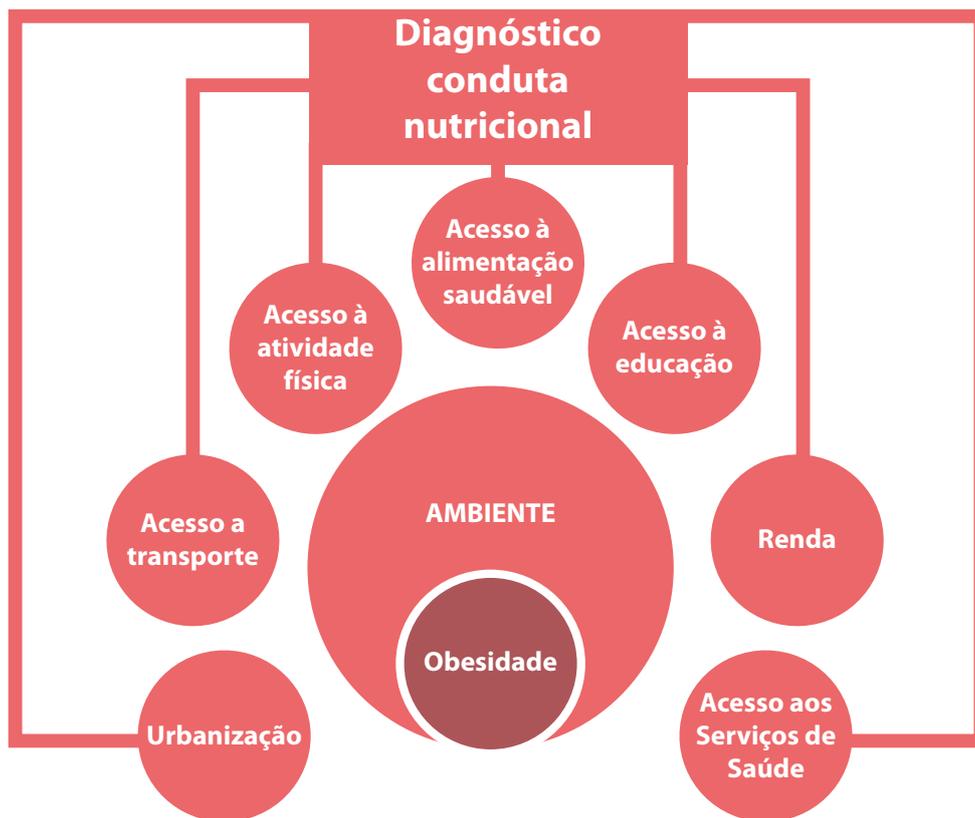
do ambiente no entorno das residências também podem impactar na prática de atividade física, contribuindo para o risco de sobrepeso e obesidade.

No componente logística, a distância dos serviços, o tempo de deslocamento e o inadequado sistema de transporte e a infraestrutura, de forma geral, dificultam o acesso da população aos pontos de atenção à saúde e aos estabelecimentos para alimentação saudável e prática de atividade física.

A proximidade física, portanto, pode colaborar para a redução de possíveis barreiras psicológicas e ambientais. O fato de a utilização da APS ser sensível à distância, tanto para populações urbanas quanto rurais, é particularmente importante para serviços preventivos ou para o manejo de doenças em estágios não sintomáticos, prejudicando ainda o acesso aos serviços de urgência e emergência.

A educação também é um fator determinante na saúde: baixos níveis de educação apresentam impacto negativo em relação à percepção do estado de saúde e ao acesso aos serviços de saúde nos diversos pontos de atenção da rede. Assim, é possível reconhecer uma série de fatores que expressam as múltiplas interações entre a saúde, em especial a evolução das taxas de obesidade, com o mercado global de alimentos, os processos de urbanização, o perfil de educação, o acesso aos transportes e ao lazer, aspectos relacionados à violência, entre outros.

Figura 30 – Determinantes ambientais relacionados à obesidade



Fonte: Elaborado pelos autores

Considerando essa rede de fatores, é importante que ela seja explorada para auxiliar no diagnóstico e na conduta nutricional do paciente. O diagnóstico clínico-nutricional deve ser realizado com base na análise conjunta de todas essas informações. Assim, é importante não apenas a história clínica e bioquímica individual e familiar, a anamnese alimentar e a avaliação antropométrica, como também a história social e os hábitos cotidianos.

A partir desse diagnóstico, deve-se identificar, juntamente com o usuário, os aspectos passíveis de modificações e as estratégias necessárias para a promoção de sua saúde. Se houver dificuldade em obter as informações necessárias na primeira consulta, é importante retomá-las nas consultas subsequentes. A saúde é um processo, ao mesmo tempo, individual e coletivo, em permanente construção.



Qual papel da equipe NASF-AB no diagnóstico dessas doenças?

6 - DIAGNÓSTICO DA OBESIDADE NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

A prevenção e o diagnóstico precoce da obesidade são considerados aspectos fundamentais para a promoção da saúde e redução de morbimortalidade, uma vez que interfere na duração e qualidade de vida. Dessa forma, é necessário garantir apoio diagnóstico e terapêutico, além de acesso e acessibilidade dos indivíduos, para que a AB seja resolutiva no controle dos casos de obesidade.

A acessibilidade e o acesso aos serviços de saúde foram descritos por Starfield (2002), de forma a facilitar a compreensão sobre a diferença desses termos. Enquanto a acessibilidade está relacionada à possibilidade de as pessoas chegarem aos serviços, o acesso relaciona-se ao seu uso oportuno, de forma a atender as necessidades do usuário. O acesso extrapola a falta de barreiras geográficas e abrange também a ausência de obstáculos de ordem econômica, sociocultural, organizacional, étnica e de gênero e de oferta de serviços aos cuidados.

O acesso pode ser explorado por meio de três fatores: a disponibilidade, a comodidade e a aceitabilidade do serviço pelos usuários.

Figura 31 – Fatores de análise do acesso aos serviços de saúde



Fonte: Elaborado pelos autores.

Assim, a avaliação do acesso considera não apenas o número de atendimentos, mas aspectos qualitativos relacionados ao acolhimento e continuidade do tratamento no sistema. Envolve elementos da população adstrita, os serviços que lhe são oferecidos e os valores que existem no território.

É de suma importância o conhecimento das diferenças socioeconômicas e das necessidades de saúde da população entre as regiões, bem como a população usuária do sistema de atenção à saúde e o contexto no qual os indivíduos estão inseridos - este é um eixo importante para intervenções coletivas.



O conhecimento do território pelas equipes de AB, por meio do processo de territorialização, amplia a possibilidade de reconhecimento das condições de vida e da situação de saúde da população de uma área de abrangência, além dos riscos coletivos e das potencialidades dos territórios. As equipes devem assumir seu papel no território de atuação, considerando questões ambientais, epidemiológicas, culturais e socioeconômicas, contribuindo, por meio de ações em saúde, para a diminuição de riscos e vulnerabilidades. Dessa forma, é possível favorecer o rompimento da gestão baseada na oferta, característica dos sistemas fragmentados, e a instituir a gestão com base nas necessidades de saúde da população ou gestão de base populacional.

As RAS surgiram com o objetivo de prestar uma atenção integral, resolutiva, de qualidade e de forma regionalizada. Seus objetivos eram promover a integração sistêmica entre os diversos pontos de atenção, ações e serviços de saúde, e também incrementar o desempenho do sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária, e eficiência econômica.

A organização do sistema em rede, com relações horizontais, a partir da lógica das necessidades dos usuários, constitui uma boa prática ao integrar os pontos da rede, sem ordem e nem grau de importância entre eles. Considerando que todos são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos das RAS, eles apenas se diferenciam por densidades tecnológicas que os caracterizam.

Uma hierarquização verticalizada do sistema de saúde engessa os fluxos de utilização dos serviços, podendo ocorrer pontos de estrangulamento, impedindo o acesso da população aos níveis superiores da hierarquia.

Na RAS, a condição aguda, por caracterizar uma situação de urgência, deve ser atendida em qualquer ponto de atenção, possibilitando o acesso universal, a equidade e a resolução integral dessa demanda. No caso das condições crônicas, como a obesidade, a AB é a “porta de entrada” preferencial e o centro de comunicação com os demais pontos de atenção.



As competências de cada ponto de atenção deverão ser estabelecidas a partir da classificação do estado nutricional do indivíduo, segundo os indicadores preconizados para cada fase do curso da vida. É importante lembrar da importância de garantir o acesso e o cuidado longitudinal da pessoa, independentemente de qual doença ela possui. A equipe deve avaliar o paciente integralmente.

Entre as limitações que podem comprometer o funcionamento do serviço em rede, encontram-se:

- a falta de resolutividade da AB,
- a existência de demanda reprimida,
- a restrição de acesso,

- a falta de agilidade aos serviços de referência,
- a indefinição de fluxos de referência e contrarreferência,
- a não implementação de linhas de cuidado, e
- a desarticulação de políticas normatizadoras e entre os pontos de atenção da rede.

Por outro lado, uma atenção primária resolutiva traz consequências positivas para toda a rede, uma vez que impacta na redução da demanda nos demais níveis de atenção. A organização dos sistemas de referência e contrarreferência e a definição de pontos de contato entre as atenções primária, secundária e terciária favorecem a integração e a troca de experiência entre profissionais, que, por sua vez, facilitam o planejamento do acesso e os fluxos de atendimento aos usuários.

O desenvolvimento de mecanismos de cooperação e coordenação na gestão dos processos de trabalho é indispensável para eliminar as barreiras de acesso entre os diversos níveis de atenção – do domicílio ao hospital, especialistas e generalistas. Esforços para expansão da cobertura e ampliação do acesso foram articulados ao esforço de melhoria permanente da qualidade, tanto dos serviços quanto do processo de trabalho e de gestão e das ações ofertadas aos usuários.

7 - REFERÊNCIAS

ABLC. Associação Brasileira de Low Carb. 2020. Disponível em: <https://ablc.org.br/2020/09/28/alimentacao-low-carb>

ACCIOLY, E.; SAUNDERS, C.; LACERDA, E. M. A. **Saúde Materno-Infantil**. In: SAUNDERS, C.; ACCIOLY, E.; LACERDA, E. M. A. Nutrição em obstetrícia e pediatria. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2002.

AGÜERA, Zaida et al. A review of binge eating disorder and obesity. **Neuropsychiatry: Klinik, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation: Organ der Gesellschaft Österreichischer Nervenärzte und Psychiater**, 2020.

ALBERTI KG, ZIMMETP, SHAW J. Metabolic syndrome-a new world-wide definition. A Consensus Statement from the International Diabetes Federation. *Diabet Med.* v. 23, n. 5, p. 469-80, 2009.

AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION (ADA). The nutrition screening initiative: incorporating nutrition screening and interventions into medical practice: a monograph for physicians. Washington D.C. US: **American Academy of Family Physicians**. National Council on Aging Inc., 1994.

Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Diretrizes brasileiras de obesidade 2016/ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. – 4.ed. - São Paulo, SP

BOTEGA, N. J.; BIO, M. R.; ZOMIGNANI, M. A.; GARCIA, J. R.; PEREIRA, W. A. B. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. **Revista de Saúde Pública**, v. 29, n. 5, p. 355-63, 1995.

BRASIL. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual de Apoio aos Gestores do SUS. Organização da Rede de Laboratórios Clínicos. Brasília, 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde (MS). **Guia Alimentar para a População Brasileira** – Promovendo a Alimentação Saudável. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2005a.

BRASIL, Ministério da Saúde (MS). **Pré-Natal e Puerpério** – Atenção Qualificada e

Humanizada. Manual Técnico. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº5. Brasília, 2005b.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2015. 127 p.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Síndrome Metabólica. Biblioteca Virtual em Saúde - Ministério da Saúde. 2018. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/dicas-em-saude/2610-sindrome-metabolica>

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde**: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN Brasília: MS; 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **DATASUS**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0206>>. Acesso em: 28 Outubro 2019.

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/Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.: il. – (Série Técnica Redes Integradas de Atenção à Saúde, v. 10)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade**. (Cadernos de Atenção Básica, n. 38). Brasília. Ed. Ministério da Saúde, 2014. 212 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, 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, 2015b. 33 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos**. Brasília, 2019. 265p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Caderno de Atenção Básica - **Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica** - Diabetes Mellitus. [s.l.: s.n.]. v. 1

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília, 2011. 160 p.

BRASIL. **PORTARIA Nº 4.279, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde. Diário Oficial da União, 2010.

BUNGA, Roldus Andy. Psychological perspectives in obesity. **Appetite**, v. 123, p. 71e73, 2018.

CAMPOS, R. T. O., et al. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de

uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde em Debate**, v.38, p. 252-264, 2014.

CARVALHO, Maria Ana et al. Análise comparativa de métodos de abordagem da obesidade infantil. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, Lisboa, v. 29, n. 2, p. 148-156, jul. 2011. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-90252011000200008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 30 out. 2019).

COLLINS, Jennifer; MENG, Chelsea; ENG, Anna. Psychological impact of severe obesity. **Current obesity reports**, v. 5, n. 4, p. 435-440, 2016.

CORTE, Karen. **Curvas de crescimento infantil**. 2016. Disponível em: <<http://sosbebeblog1.blogspot.com/2016/04/curvas-de-crescimento-infantil.html>>. Acesso em: 03 nov. 2019.

DA LUZ, Felipe Q. et al. Obesity with comorbid eating disorders: Associated health risks and treatment approaches. **Nutrients**, v. 10, n. 7, p. 829, 2018.

Dacie and Lewis. *Practical Haematology*. 12ed., 2017

DIAS, P. C., al. Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2017, v. 33, n. 7 [Acesso em: 24 de outubro de 2019]. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00006016>>. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00006016>.

DIETZ, W. H.; ROBINSON, T. N. Overweight children and adolescents. **New England Journal of Medicine**, v. 352, n. 20, p. 2100-2109, 2005.

DOS SANTOS MORAES, Amanda et al. Neuroendocrine Control, Inflammation, and Psychological Aspects After Interdisciplinary Therapy in Obese Women. **Hormone and Metabolic Research**, v. 51, n. 06, p. 375-380, 2019.

ERDMANN, A. L., et al. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.21, n. 1-8, 2013.

FLYNN, J. T.; et al. Clinical Practice Guideline for Screening and Management of High Blood Pressure in Children and Adolescents. **Pediatrics**. 2017; 140(3):e20171904

GROSS, J. L. et al. Diabetes Mellito: Diagnóstico, Classificação e Avaliação do Controle Glicêmico. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 46, n. 1, p. 16-26, 2002.

IKEDA, Y. et al. Clinical significance of the insulin resistance index as assessed by homeostasis model assessment. **Endocrine Journal**, v. 48, n. 1, p. 81-86, 2001.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). *Nutrition during pregnancy*. Washington: **National Academy**. Press, 1990.

International Diabetes Federation. The IDF consensus worldwide definition of metabolic syndrome. Disponível em <https://www.idf.org/e-library/consensus-statements/60-idfconsensus-worldwide-definitionof-the-metabolic-syndrome.html>

Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2012 Clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. *Kidney International*, v. 3, p. 1-150, 2013.

KIRSZTAJN, G. M.; FILHO, N. S.; DRAIBE, S. A.; NETTO, M. V. P.; THOMÉ, F. S.; SOUZA, E.; et al. Leitura rápida do KDIGO 2012: Diretrizes para avaliação e manuseio da doença renal crônica na prática clínica. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, v. 36, n. 1, p. 63-73, 2014.

LIMA, S. A. V. et al. Elementos que influenciam o acesso à atenção primária na perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma rede de serviços de saúde do Recife. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v.25, n. 635-656, 2015.

MALACHIAS, MVB et al. **7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial**: Capítulo 2 - Diagnóstico e Classificação. Arq. Bras. Cardiol., São Paulo, v. 107, n. 3, supl. 3, p. 7-13, Sept. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2016004800007&lng=en&nrm=iso>. <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20160152>.

MANCINI, M. C.. Obstáculos diagnósticos e desafios terapêuticos no paciente obeso. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 584-608, Dezembro, 2001. Acesso em: 25 de outubro de 2019. https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302001000600013&lng=en&nrm=iso&lng=pt

MANSON, J. Body weight and mortality among women. **New England Journal of Medicine**, Boston, v. 333, n.11, p.677, 1995.

MANSON, J. E.; BRANNON, P. M.; ROSEN, C. J.; TAYLOR, C. L.. Vitamin D Deficiency — Is There Really a Pandemic?. **New England Journal of Medicine**, v. 375, p. 1817-1820, 2016. DOI: 10.1056/NEJMp1608005.

MARDONES, S. F. Evolución de la antropometría materna y del peso de nacimiento en Chile, 1987-2000. **Revista chilena de nutrición**, Santiago, v.30, n.2, 2003.

MARTINS, Ignez Salas; MARINHO, Sheila Pita. O potencial diagnóstico dos indicadores da obesidade centralizada. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 6, p. 760-767, 2003. Acesso em 26 de out. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102003000600011>.

MATTHEWS, D. R.; et al. Homeostasis model assessment: insulin resistance and beta-cell function from fasting plasma glucose and insulin concentrations in man **Diabetologia**, v. 28, n.7, p. 412-419, 1985.

MCCUEN-WURST, Courtney; RUGGIERI, Madelyn; ALLISON, Kelly C. Disordered eating and obesity: associations between binge eating-disorder, night-eating syndrome, and weight-related co-morbidities. **Annals of the New York Academy of Sciences**, v. 1411, n. 1, p. 96, 2018.

MCTIGUE, K. M.; HESS, R.; ZIOURAS, J. Obesity in olders adults: a systematic review of the evidence for diagnostic and treatment. **Obesity**, [S.l.], v. 14, n. 9, Sept. 2006.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il.

MIRANDA, Valter Paulo Neves. Marcadores inflamatórios na avaliação nutricional: relação com parâmetros antropométricos, composição corporal e níveis de atividade física. RASBRAN – Revista da Associação Brasileira de Nutrição. São Paulo, SP, Ano 6, n. 1, p. 61-72, 2014.

MONTEIRO, C. A., CANNON, G., LAWRENCE, M., COSTA LOUZADA, M. L. PEREIRA MACHADO, P. 2019. **Ultra-processed foods, diet quality, and health using the NOVA classification system**. Rome, FAO.

NISSEN, L. P.; et al. Intervenções para tratamento da obesidade: revisão sistemática. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, [S.l.], v. 7, n. 24, p. 184-190, out. 2012. ISSN 2179-7994. Disponível em: <<https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/472>>. Acesso em: 31 out. 2019. doi:[https://doi.org/10.5712/rbmfc7\(24\)472](https://doi.org/10.5712/rbmfc7(24)472).

OLIVEIRA, A. C. L. de. **A Curva de Atalah é melhor que a Curva de Rosso na avaliação de pesos ao nascer de risco?** Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Paraná,

Setor de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Medicina Interna. Defesa: Curitiba, 2007.

OLIVEIRA, J. E. P. DE; JÚNIOR, R. M. M.; VENCIO, S. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018**. [s.l: s.n.].

OLIVEIRA, J.; BRESSAN, J. Tecido adiposo como regulador da inflamação e da obesidade. *EFDeportes*. Buenos Aires, v. 15, n 150, 2010

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **CID-10 F50 Transtornos da Alimentação**.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Physical status: the use and interpretation of anthropometry**. Geneva: WHO, 1995. (WHO Technical Report Series, n. 854). Disponível em: https://www.who.int/childgrowth/publications/physical_status/en/

PERRIARD-ABDOH, Saskia et al. Psychological perspectives on obesity: addressing policy, practice and research priorities. *British Psychological Society*, 2019.

RAJAN, T. M.; MENON, V. Psychiatric disorders and obesity: a review of association studies. *Journal of postgraduate medicine*, v. 63, n. 3, p. 182, 2017.

RIO DE JANEIRO, Prefeitura Municipal – Coordenação de Atendimento Integral à Saúde – Gerência de Programas de Saúde da Mulher. Instituto Annes Dias. **Diagnóstico e acompanhamento nutricional de gestantes** – novos instrumentos para a rotina do pré-natal. Rio de Janeiro, 2003.

SAUNDERS C.; NEVES, E. Q. C.; ACCIOLY, E. Recomendações nutricionais na gestação. In: ACCIOLY, E.; SAUNDERS C.; LACERDA, E. M. A. **Nutrição em obstetrícia e pediatria**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2003.

SBAC. Sociedade Brasileira de Análises Clínicas. Consenso Brasileiro para a Normatização da Determinação Laboratorial do Perfil Lipídico. Brasília, 2016.

SCHUTZ, Dominique Durrer et al. European practical and patient-centred guidelines for adult obesity management in primary care. **Obesity facts**, v. 12, n. 1, p. 40-66, 2019.

SIKORSKI, Claudia, et al. Weight stigma “gets under the skin”—evidence for an adapted psychological mediation framework—a systematic review. **Obesity**, v.23, n.2, p.266-276, 2015.

SILVA, F. M. O. da, et al. Fatores ambientais associados à obesidade em população adulta de um município brasileiro de médio porte. **Cadernos de Saúde Pública**, vol.35 no.5 Rio de Janeiro, 2019. Epub May 23, 2019.

SIMÃO AF, PRECOMA DB, ANDRADE JP, CORREA FILHO H, SARAIVA JFK, OLIVEIRA GMM, M. A. et al. I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. Sociedade Brasileira de Cardiologia. *Arq Bras Cardiol*, v. 101, n. 6, supp 2, p. 1–63, 2013.

SIMENTAL-MENDÍA, L. E.; RODRÍGUEZ-MORÁN, M.; GUERRERO-ROMERO, F. The product of fasting glucose and triglycerides as surrogate for identifying insulin resistance in apparently healthy subjects. **Metabolic Syndrome and Related Disorders**, v.6, n.4, p.229-304, 2008.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANÁLISES CLÍNICAS. Consenso Brasileiro para Normatização da Determinação Laboratorial do Perfil Lipídico. p.5. versão 1.13. 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose, *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 101, n. 4, Supl. 1, 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, Diretrizes da AMB Sociedade Brasileira de Nefrologia.p. 24. v.1, 2007.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. UNA-SUS/UFMA. **Redes de Atenção à Saúde**: a atenção à saúde organizada em redes/ Nerícia Regina de Carvalho Oliveira. - São Luís, 2016. 54f.: il.

VAN DER VALK, Eline S.; SAVAS, Mesut; VAN ROSSUM, Elisabeth FC. Stress and obesity: are there more susceptible individuals?. **Current obesity reports**, v. 7, n. 2, p. 193-203, 2018.

VASQUES, A. C. J. et al. Análise crítica do uso dos índices do Homeostasis Model Assessment (HOMA) na avaliação da resistência à insulina e capacidade funcional das células-beta pancreáticas. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia**, v. 52, n. 1, p. 32-39, 2008.

VERAS, R. **Desafios e conquistas advindas da longevidade da população: o setor saúde e as suas necessárias transformações**. In: VERAS, R. (Org.). Velhice numa perspectiva saudável. Rio de Janeiro: [s.n.], 2001.

VERMILLION, S. T. et al. Wound infection after cesarean: effect of subcutaneous tissue thickness. *Obstetrics & Gynecology*, Hagerstown, v.95, p.923, 2000.

Weinstock RS, Dai H, Wadden T. Diet and exercise in the treatment of obesity. Effects of three interventions on insulin resistance. *Arch Int Med*.v. 158, n.22, p. 2477-83, 1998.

Wintrobe - Hematologia Clínica, Editora Manole - 9a Edição.

ZIGMOND, A. S.; SNAITH, R. P. The Hospital Anxiety and Depression Scale. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 67, n. 6, p. 361-370, 1983.

ZIGMOND, Anthony S.; SNAITH, R. Philip. The hospital anxiety and depression scale. **Acta psychiatrica scandinavica**, v. 67, n. 6, p. 361-370, 1983.

Tratamento do sobrepeso e da obesidade no SUS

1 - INTRODUÇÃO

Como apresentado nos capítulos anteriores, a obesidade é um problema de saúde pública que vem aumentando progressivamente, independentemente do sexo, idade e condições socioeconômicas. Combater a obesidade, portanto, é um modo de evitar o desenvolvimento de DCNT que colocam a saúde do indivíduo em risco.

Com o aumento das doenças crônicas, crescem também os gastos federais para o tratamento desses agravos. Diante disso, o Ministério da Saúde tem implementado políticas e ações estratégicas para o enfrentamento da obesidade e DCNT. Essas ações envolvem tanto a melhoria da assistência, quanto a atuação nos fatores de risco em relação à alimentação inadequada, hábitos de vida e inatividade física (quadro 30).

QUADRO 30 - POLÍTICAS QUE ENVOLVEM AÇÕES DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA OBESIDADE

ANO	POLÍTICA/AÇÕES	LINK DE ACESSO
1999	PNAN-Política Nacional de Alimentação e Nutrição (atualizada em 2011)	http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf
2006	Política Nacional de Promoção da Saúde	http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf
2006	Guia Alimentar para a População Brasileira (atualizado em 2014)	http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira.pdf
2007	Programa Saúde na Escola	http://www.gestaoescolar.diaadia.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=175
2011	DCNT-Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis	http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf
2011	Programa Academia da Saúde	http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/academia_saude_cartilha.pdf
2013	Marco de Referência da Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Básica	http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/marco_referencia_vigilancia_alimentar.pdf
2014	Linha de cuidado para obesidade no âmbito da Atenção Básica- Caderno 38	http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf
2014	Organização Regional da Linha de Cuidado do Sobrepeso e da Obesidade na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas	http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual_instrutivo_linha_cuidado_obesidade.pdf
2017	Manual de Diretrizes para o Enfrentamento da Obesidade na Saúde Suplementar Brasileira	http://www.ans.gov.br/images/Manual_de_Diretrizes_para_o_Enfrentamento_da_Obesidade_na_Sa%C3%BAde_Suplementar_Brasileira.pdf
2018	Princípios e Práticas para Educação Alimentar e Nutricional	https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/seguranca_alimentar/caisan/Publicacao/Educacao_Alimentar_Nutricional/21_Principios_Praticas_para_EAN.pdf

Fonte: Elaborado pelos autores

A adoção de medidas para deter o sobrepeso e obesidade pelo poder público é positiva para a sociedade, pois altera a forma como a obesidade é vista, deixando de ser um problema apenas individual. Os materiais elaborados pela esfera pública são importantes para subsidiar os profissionais de saúde da AB e devem ser implantados para que a prevenção e o tratamento do sobrepeso e obesidade sejam efetivos e garantam a integralidade na assistência, como definida na Lei Orgânica da Saúde nº 8080/1990. Nesse contexto também é de suma importância a discussão sobre a linguagem utilizada nos diversos contextos e atuações dos profissionais quando tratamos das pessoas com obesidade.



De acordo com Carneiro (2016), é garantida a atenção integral ao indivíduo em situação de sobrepeso ou obesidade, por intermédio do SUS, com o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a promoção, projeção e recuperação da saúde. Inclui ainda atenção especial às doenças que afetam esses indivíduos, as quais não estão somente ligadas ao físico, mas também relacionadas ao psicológico.

O SUS oferece diversos tipos de tratamentos para reduzir o peso e garantir uma vida mais saudável ao indivíduo. A qualidade desse serviço depende do apoio multidisciplinar e, portanto, a equipe de profissionais deve estar capacitada e integrada para que não haja comprometimento no tratamento do indivíduo.

Somado a isso, no que tange a equipe e profissionais de saúde e o cuidado de pessoas com obesidade, torna-se imprescindível olharmos para questões por uma perspectiva humanizada e biopsicossocial. Para a humanização na abordagem e assistência ao indivíduo com obesidade, faz-se necessário (re)pensar a relação interpessoal a ser construída: quais elementos e maneiras que me conectam ao indivíduo que estou assistindo? Também é importante (re)pensar quão importante papel o profissional de saúde pode assumir para possibilitar que o outro, indivíduo assistido, desperte para suas potencialidades, suas sabedorias internas e suas essências. E aqui, não se trata de negar absolutamente que haja a competência do profissional de saúde, mas de reconhecer que ninguém pode ser competente pelo outro, no lugar do outro (TEIXEIRA, 2005)

No SUS, a prevenção e a manutenção da saúde de pessoas com excesso de peso são colocadas em prática a partir dos seguintes passos:

- Cadastro da população com obesidade no território;
- Atendimento nutricional e endócrino em ambulatórios;
- Unidades endócrinas de referência, com recursos humanos especializados nas áreas de endocrinologia, nutrição, cardiologia e psicologia;
- Atendimento domiciliar, incluindo a internação, para as pessoas que precisem e estejam impossibilitadas de se locomover, incluindo os indivíduos com obesidade acolhidos e abrigados por instituições ligadas ao poder público;
- Mudança de hábitos alimentares conduzida por profissionais das áreas de nutrição para redução das consequências do agravo à saúde.

Ademais, é dever de o Estado fornecer aos indivíduos em situação de obesidade, de forma gratuita, medicamentos de uso contínuo e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação. Cabe ao Estado ser responsável por fornecer exames clínicos, de imagem e radiológicos à pessoa com diagnóstico de obesidade em equipamentos compatíveis com seu peso.

O tratamento do sobrepeso e da obesidade no SUS deve atender aos seguintes objetivos:

- Prevenir ganho de peso e desenvolvimento de comorbidades associadas;
- Controlar comorbidades advindas do excesso de peso, tais como dislipidemia, diabetes mellitus II, apneia do sono, osteoartrite, hipertensão arterial;
- Tratar desordens referentes aos transtornos de compulsão alimentar, baixa autoestima, distúrbios de imagem, depressão;
- Reduzir o IMC do indivíduo com diagnóstico de sobrepeso e obesidade, por meio da perda de peso com acompanhamento multidisciplinar (nutricional, psicológico, endócrino, clínico geral, educador físico);
- Alcançar perda de peso sustentada em longo prazo, para promover e garantir a saúde do indivíduo.

1.1 - Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT)

A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), por meio de recomendações do Ministério da Saúde, criou, em 2018, uma proposta de elaboração de Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) baseado em evidências científicas para o tratamento de usuários com sobrepeso e obesidade no SUS (Quadro 31). Esta proposta traz recomendações para aprimorar o atendimento e conduta terapêutica em portadores de sobrepeso e obesidade.

QUADRO 31 - PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE INDIVÍDUOS COM SOBREPESO OU OBESIDADE NO SUS

Protocolo clínico para indivíduo com obesidade no SUS	Critérios de Inclusão	<ol style="list-style-type: none"> 1. Adultos com diagnóstico de sobrepeso ou obesidade (IMC igual ou superior a 25 kg/m²) com e sem comorbidades (diabetes e hipertensão arterial), que buscam atendimento no SUS. 2. Pacientes submetidos à cirurgia metabólica, com período de realização da cirurgia ≥ 18 meses pós realização da cirurgia e com IMC igual ou superior a 25 kg/m². 3. Pacientes adultos com idade igual ou superior a 18 anos.
	Critérios de Exclusão	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, com período de realização da cirurgia inferior a 18 meses. 2. Pacientes com idade inferior a 18 anos.
	Abordagens	<ol style="list-style-type: none"> 1. Terapia Dietética 2. Práticas corporais / atividade física 3. Suporte psicológico 4. Terapias Combinadas 5. Terapia Farmacológica 6. Práticas Integrativas 7. Diagnóstico

Fonte: CONITEC, 2018

O PCDT, juntamente com outras políticas e ações, assume um papel indispensável no enfrentamento de agravos. Além disso, as instituições de saúde devem cumprir com critérios mínimos para o atendimento às necessidades do indivíduo com obesidade e orientar as práticas de atenção em evidências científicas disponibilizadas, especialmente pelo Ministério da Saúde.

Para o tratamento multidisciplinar efetivo, a equipe de profissionais deve assumir um compromisso com a saúde dos pacientes, elaborando estratégias que auxiliem no tratamento dos agravos e manutenção da saúde da população. Podem ser adotadas estratégias que promovam qualidade no atendimento, como, por exemplo:

- Realizar entrevista motivacional no cuidado da saúde do paciente;
- Realizar consulta nutricional com o intuito de coletar dados antropométricos, histórico dietético, aplicação de recordatório alimentar, nível de atividade física, hábitos alimentares, qualidade da dieta;
- Realizar estudo do sono para verificar a presença ou ausência de apneia;
- Avaliar regularmente os exames bioquímicos solicitados às pessoas em cuidado;
- Discutir sobre os riscos da obesidade, benefícios da perda de peso;
- Orientar sobre as etapas do acompanhamento com a equipe multidisciplinar;
- Definir metas para modificações comportamentais;
- Adequar a frequência em consultas para cada profissional da equipe;
- Criar grupo de discussão na UBS para estudar o Guia Alimentar para a População Brasileira;
- Incentivar a prática de atividade física desde a primeira consulta, com exercícios prescritos pelo educador físico;
- Realizar terapia psicológica, cognitiva;
- Criar grupos de suporte;
- Encaminhar para cirurgia bariátrica, quando todas as formas de tratamento realizadas não foram efetivas e não houve alterações no peso ou quando o paciente corre risco de óbito;
- Realizar acompanhamento com a equipe multidisciplinar após a realização da cirurgia bariátrica para mudança nos hábitos alimentares e estilo de vida.

2 - ABORDAGENS NO TRATAMENTO DO SOBREPESO E DA OBESIDADE BASEADAS EM EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS

A obesidade é apontada como uma epidemia global, uma vez que a incidência aumenta a cada ano, bem como os custos governamentais com a prevenção e o tratamento da doença. Nesse contexto, cientistas, médicos, nutricionistas e até mesmo pessoas leigas se interessaram em desenvolver estratégias/métodos para estimular a redução do peso. No entanto, a maior parte desses métodos resulta na redução do peso imediata, mas não sustentada.

A seguir, apresentaremos as abordagens recomendadas na atualidade, algumas inovadoras e centradas mais no indivíduo e mudança de comportamento, bem como uma análise crítica de algumas dietas da moda.

2.1 Balanço energético negativo

Para o manejo da obesidade o **balanço energético negativo** é a estratégia mais utilizada para redução do peso. Ele consiste na redução da energia consumida, bem como no aumento do gasto energético, resultando em um gasto superior à ingesta com consequente redução do peso. Assim, pode-se chegar a um valor representativo da energia total gasta diariamente pelo indivíduo, por meio da calorimetria indireta ou da estimativa de cálculos matemáticos propostos por estudiosos na área. A calorimetria indireta é considerada o “padrão ouro”, porque se baseia no consumo de oxigênio para determinar as necessidades e o gasto energético do indivíduo. No entanto, as fórmulas matemáticas são mais empregadas para prática clínica, por serem de

baixo custo, fácil aplicação e compreensão.

As equações mais utilizadas são as do *Institute of Medicine*; de Mifflin-St Jeor, que consideram sexo, altura, idade e nível de atividade física; bem como fórmula de bolso, que é fundamentada em método mais simples, o qual para o cálculo do gasto energético total diário utiliza-se os valores de 20 a 25 kcal/kg peso atual/dia (Quadro 32).

QUADRO 32 - FÓRMULAS DE CÁLCULO PARA ESTIMATIVA DE ENERGIA PARA HOMENS E MULHERES COM EXCESSO DE PESO

Institute of Medicine
HOMENS
GET = 1086 - (10,1 × idade[anos]) + AF × (13,7 × peso [kg] + 416 × estatura[m])
Em que o AF é o coeficiente de atividade física: AF =1 se NAF estimado em ≥1 <1,4 (sedentário) AF =1,12 se NAF estimado em ≥1,4 <1,6 (pouco ativo) AF =1,29 se NAF estimado em ≥1,6 <1,9 (ativo) AF =1,59 se NAF estimado em ≥1,9 <2,5 (muito ativo)
MULHERES
GET = 448 - (7,95 × idade[anos]) + AF × (11,4 × peso [kg] + 619 × estatura[m])
Em que o AF é o coeficiente de atividade física: AF =1,00 se NAF estimado em ≥1 <1,4 (sedentário) AF =1,16 se NAF estimado em ≥1,4 <1,6 (pouco ativo) AF =1,27 se NAF estimado em ≥1,6 <1,9 (ativo) AF =1,44 se NAF estimado em ≥1,9 <2,5 (muito ativo)
Mifflin-St Jeor, 2011
HOMENS
GET = (10 × peso [kg]) + (6.25 × altura [cm]) - (5 × idade [anos]) + 5
MULHERES
GET = (10 × peso [kg]) + (6.25 × altura [cm]) - (5 × idade [anos]) - 161
Fórmula de Bolso
GET = (20 a 25) x kg

GET: gasto energético total; AF: atividade física; NAF: nível de atividade física diário.

Dessa forma, esse método é o mais empregado para a prescrição dietética, a qual é baseada nas necessidades diárias do indivíduo, bem como na distribuição de macronutrientes, conforme preconizado por órgãos nacionais e internacionais (Quadro 33).

QUADRO 33 - DISTRIBUIÇÃO DE MACRONUTRIENTES (% INGESTÃO CALÓRICA DIÁRIA) NO PLANEJAMENTO ALIMENTAR, DE ACORDO COM ÓRGÃOS NACIONAIS E INTERNACIONAIS

ÓRGÃO	CARBOIDRATOS	PROTEÍNAS	LIPÍDIOS
Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO), 2016	55% a 60%	15% a 20%	20% a 30%
Consenso Latino-americano em Obesidade, 1999	55% a 60%	15% a 20% (não menos que 0,8g/kg de peso corporal)	20% a 25%
I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica, 2005	50% a 60%	15% ou 0,8 a 1g/kg peso atual/dia	25% a 35%
Autoridade Europeia para a Segurança dos Alimentos (EFSA), 2001	45% a 60%	12% a 20%	20% a 35%
Conselho de Alimentação e Nutrição, Instituto de Medicina – EUA, 2002	45% a 65%	10% a 35%	20% a 35%

Fonte: Elaborado pelos autores

A restrição calórica não deve ser excessiva para se evitar a perda de massa magra em proporção maior que a que acompanha normalmente a perda de massa gorda. As recomendações variam de 500 a 1000 kcal/ dia, o que resulta em perda de peso de 0,5 a 1,0 kg/ semana. Restrições superiores ainda podem levar a um desequilíbrio hormonal, influenciar no poder de escolha alimentar do indivíduo, além de não ser suficiente para suprir as necessidades de vitaminas e minerais requeridos para os indivíduos adultos.

Embora o balanço energético negativo inclua outras estratégias para perda de peso, quando aplicado em um planejamento alimentar baseado na utilização dos valores referenciais, o resultado implicará na redução de peso saudável e sustentável. Dessa forma, a parte mais desafiante quando se perde peso é, sem dúvidas, manter essa perda em longo prazo.

Independentemente da estratégia utilizada para redução do peso, a sua manutenção apresenta dificuldades por diferentes fatores. Muitas vezes, a perda de peso aconteceu rápido demais, impedindo que o indivíduo estabelecesse novos hábitos de vida, ou a estratégia utilizada acarretou transtornos alimentares, como alimentação compulsiva, ou ainda, o estágio de contemplação da pessoa não permitiu que a mudança se consolidasse.



Desse modo, uma revisão sistemática reuniu 67 ensaios clínicos controlados que utilizaram diferentes estratégias para redução do peso e, em seguida, acompanharam a manutenção da perda de peso desses participantes por um ano. Dessas, apenas 24 resultaram em perda de peso e 11 no sucesso da manutenção. A estratégia mais utilizada pela maioria deles foi o balanço energético negativo, com adequação das proporções dos macronutrientes. Destaca-se ainda que a manutenção dessa perda foi mais efetiva quando acompanhada de reeducação alimentar, baseada na alimentação saudável, que compreende a mudança e a solidificação de hábitos alimentares.

2.2 - Projeto Terapêutico Singular

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um instrumento para a estruturação das ações do cuidado desenvolvido pela equipe de saúde e usuário, levando em conta as particularidades do paciente e a avaliação das dificuldades de cada caso. (BRASIL, 2009b, p.42). É formulado por um conjunto de orientações conectadas para o tratamento de um indivíduo, família ou coletivo posteriormente as discussões coletivas de uma equipe interdisciplinar (BRASIL, 2013).

“[...] um projeto terapêutico é um plano de ação compartilhado composto por um conjunto de intervenções que seguem uma intencionalidade de cuidado integral à pessoa. Neste projeto, tratar das doenças não é menos importante, mas é apenas uma das ações que visam ao cuidado integral.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, p.33)

No PTS, a apuração das necessidades de ações de saúde, a discussão do diagnóstico e a criação das condutas para o cuidado são compartilhados, o que facilita a chance de sucesso dos tratamentos, pois o aumento do diálogo acarreta na consolidação dos vínculos e um crescimento da responsabilização dos profissionais (BRASIL, 2009b,p. 42)



O PTS deve ser construído com o usuário após uma primeira análise de toda a equipe interdisciplinar diante das diversas características e condições do indivíduo. É importante salientar que este processo de construção é dinâmico (Quadro 34), tendo cunho provisório, já que a relação entre os profissionais e o usuário está em permanente transformação (BRASIL, 2013).

QUADRO 34 - DESCRIÇÃO DAS ETAPAS DE CONSTRUÇÃO DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS) VOLTADO PARA O INDIVÍDUO EM SITUAÇÃO DE SOBREPESO/OBESIDADE

ETAPAS	DESCRIÇÃO DAS ETAPAS
1) Diagnóstico situacional	<ul style="list-style-type: none"> Avaliação extensa tendo em vista a integralidade do indivíduo: suas necessidades, singularidades, potencialidades, bem como seus aspectos físicos, psíquicos e socioculturais. Importante diagnosticar o estado nutricional do paciente (sobrepeso ou obesidade), avaliar a presença de comorbidades (hipertensão arterial e diabetes) e saber se o paciente foi submetido à cirurgia metabólica, nos últimos 18 meses. Avaliação das vulnerabilidades construídas pelos fatores de risco individuais, familiares e coletivos. Levar em conta a relação do indivíduo com o alimento, seus hábitos alimentares e o de sua família. Também avaliar a prática de atividade física deste indivíduo. Identificação das intervenções já executadas e resultados obtidos. Considerar quais abordagens já foram realizadas (terapia dietética, práticas corporais, terapia farmacológica, terapias combinadas, práticas integrativas) e como foi o desempenho dessas abordagens.
2) Definição de ações e metas	<ul style="list-style-type: none"> Definição das questões sobre as quais se deseja intervir. Por exemplo: seus hábitos alimentares e planejamento de compras de alimentos, seu comportamento alimentar e adesão à prática de atividades físicas. Construção das metas, considerando a inserção social, a ampliação de autonomia e a ativação da rede de apoio social do indivíduo, família, grupo ou coletivo. Levantamento de metas de curto, médio e longo prazos, que precisam ser discutidas e pactuadas com o usuário em questão e/ou com familiar, responsável ou pessoa próxima.
3) Divisão de tarefas e responsabilidades	<ul style="list-style-type: none"> Definição de forma muito clara das tarefas de cada um (usuários e equipe de saúde). Determinação do profissional de referência para o caso, preferencialmente aquele com melhor vínculo com o usuário, visto que o processo de cuidado deve ser constante. Obs.: O profissional de referência tem a responsabilidade de coordenar o PTS, suas tarefas, metas e prazos pelo acompanhamento, negociação e reavaliação do processo que envolve o indivíduo, seus familiares e equipe de saúde.
4) Reavaliação	<ul style="list-style-type: none"> Discussão da evolução do caso para possíveis correções das ações e metas. Reavaliação sistemática e previamente agendada com a equipe de saúde e o indivíduo cuidado. Reconsideração de expectativas, tarefas, metas e resultados obtidos e esperados com o objetivo de manter o PTS ou incluir e redirecionar as intervenções diante das necessidades. Nesse momento, as abordagens para o tratamento da obesidade podem sofrer alteração, se for necessário. Obs.: É importante contornar as diferenças, conflitos e contradições que possam surgir e pactuar as possibilidades de consensos entre todos os envolvidos.
Considerações para condução adequada do PTS	<ul style="list-style-type: none"> Reserva de um tempo fixo (horário protegido) semanal ou quinzenal para reuniões e discussão do PTS: cada integrante da equipe levantará questões variadas e poderá ter diferentes tarefas atribuídas mediante o vínculo estabelecido com o indivíduo ou a família em questão. Os casos mais complexos e urgentes devem ser de primeira escolha para discussão pela equipe. Informações fundamentais sobre o indivíduo aparecem no desenrolar do PTS e a partir do vínculo com o usuário. Dessa forma, não existem regras fixas e o processo vai se construindo aos poucos.

A aplicação do PTS como ferramenta de cuidado propicia a reestruturação do processo de trabalho das equipes de saúde e beneficia os encontros sistemáticos, o diálogo, o esclarecimento de divergências de ideias e a aprendizagem coletiva (BRASIL, 2013).



SAIBA MAIS: Para conhecer mais sobre o PTS, consulte o Caderno de Atenção Básica- Saúde Mental, por meio do link:
http://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf

2.3 - Abordagem Centrada na Pessoa (ACP)

A ACP é uma técnica baseada em modelos de comunicação e que, na maior parte das vezes, é empregada entre profissional de saúde e paciente para aproximá-los e criar uma relação de confiança e amparo. Isso porque, geralmente, há um distanciamento entre os profissionais quando a comunicação é neutra, fria ou fica estrita a termos técnicos.

Inicialmente, antes da explicação da ferramenta é necessário enxergar o paciente como um sujeito, que tem uma família que o ama e que se preocupa e que tem uma história e dificuldades, deixando de lado a relação de distanciamento. Assim, a ACP revê a prática clínica tradicional, buscando humanizá-la e aumentando sua resolutividade.

A ACP é um modelo de intervenção proposto pelo psicólogo norte-americano Carl Ranson Rogers, e foi postulado a partir dos seus estudos e experiências em consultório (MIRANDA, 2013). Atualmente, esse modelo tem sido aplicado por profissionais de diferentes especialidades em saúde, uma vez que pode ser reproduzido para indivíduos ou grupos. Além disso, o Ministério da saúde aborda esse método em seus cadernos da AB para manejo de doenças crônicas (CERON, 2013).

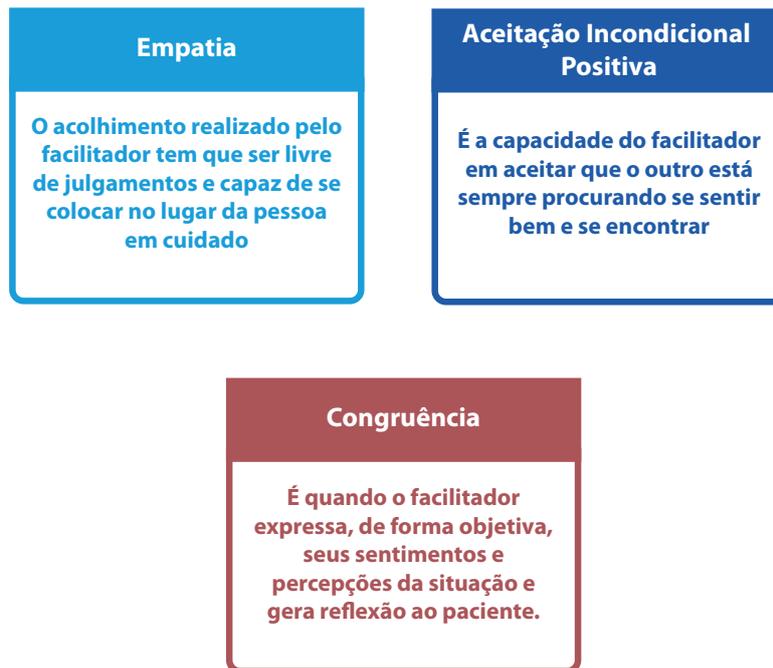
Esse modelo baseia-se em dois princípios fundamentais:

- **Tendência Atualizante:** esse princípio é baseado na confiança de que as pessoas tendem evoluir e que possuem todos os recursos, dentro de si mesmos, para o autoentendimento, sendo capazes de modificar comportamentos.

- **Não diretividade:** esse princípio propõe que o profissional de saúde (facilitador) não norteie as falas do paciente. Além disso, não deve fazer julgamentos sobre os sentimentos dele e não oferecer sugestões ou soluções.

Nesse sentido, Rogers (1977) indica que os facilitadores devem dispor de três características que são essenciais para uma abordagem eficiente: empatia, aceitação incondicional positiva e congruência (Figura 32).

Figura 32. Características indispensáveis para uma abordagem eficiente



fonte: Elaborado pelos autores

Os princípios básicos da comunicação foram estabelecidos a partir de um conjunto de pesquisas iniciadas em 1950, na Escola de Palo Alto, no qual originou nome de uma cidade na Califórnia. Baseados nesses estudos têm-se três principais princípios:

QUADRO 35 - PRINCIPAIS PRINCÍPIOS DA COMUNICAÇÃO.

1 – Não é possível não se comunicar: Mesmo quando não há comunicação entre pessoas em um mesmo ambiente, a situação expressa indiferença e/ou indisponibilidade.

2 – Toda comunicação requer uma relação: Quando essa relação não é estabelecida, os interlocutores podem expressar inverdades nas falas. **Exemplo:** Na AB quando o profissional da saúde orienta que o paciente realize ações para melhorar o estado geral de saúde, como prática de atividade física e mudança nos hábitos alimentares, é comum que o paciente concorde superficialmente. No entanto, ele já sai da UBS certo que essas mudanças não acontecerão. Nesses casos, o não cumprimento das orientações de saúde acontece por uma falha na comunicação entre ambos, no qual se fala o que tem que falar e se responde o que se tem que responder, gerando uma rotina nas consultas e conseqüente baixa resolutividade nos casos, causando desmotivação no paciente e profissional de saúde.

3 – A natureza da relação depende do modelo de comunicação prévia: Ao longo da vida é moldada a forma de comunicação dos indivíduos, o que influencia na comunicação presente, além de que modo a informação será absorvida e interpretada. **Exemplo:** Se as experiências prévias de fala e escuta do indivíduo foram baseadas em ofensas, desconfiança ou outras emoções negativas, possivelmente uma comunicação eficaz não será bem estabelecida.

Fonte: Adaptado de UNA-SUS/Unifesp - Habilidades de comunicação: abordagem centrada na pessoa, 2013.

- **Elementos que influenciam na comunicação do atendimento clínico**

A ação de se comunicar abrange diversos fatores que interferem no comportamento dos participantes, bem como o modo no qual essa informação será processada e assimilada. Dessa forma, alguns aspectos essenciais para uma boa comunicação entre profissional de saúde e paciente (Quadro 36).

QUADRO 36 - FATORES QUE INFLUENCIAM NA COMUNICAÇÃO

FATORES	DESCRIÇÃO
Interferências cognitivas	Dificuldade do paciente se expressar
Interferências emocionais	Paciente: Apresenta transtornos mentais, como ansiedade e depressão. Profissional: Desinteresse e culpabilização da doença.
Interferências socioculturais	Paciente acredita que o profissional não o entenderá, pois apresentam realidades diferentes. Então prefere não se comunicar.
Estereotipagem	Ambos os comunicadores produzem uma imagem do outro precocemente. Muitas vezes, a primeira impressão não consistente com a realidade e essas pressuposições prejudicam a comunicação e fazem com que os estereótipos se perpetuem, diminuindo a qualidade do vínculo.
Responsividade	“Capacidade de responder ao outro a partir de um ritmo condizente ao ritmo do outro, sem atropelá-lo, nem o abandonar em um monólogo. Diz respeito, portanto, ao tempo entre o momento em que o paciente parou de falar e o profissional começa.”
Escuta	O profissional deve escutar ativamente e demonstrar concentração e interesse genuíno pelo paciente. E, nesses casos, isso reflete a alterações faciais frente às emoções expressas pelo próximo.
Fala	O paciente avalia sinais da oratória para perceber se o profissional é competente ou não. Além disso, a fala deve ser encorajadora e motivadora.

Fonte: Adaptado de UNA-SUS/Unifesp - Habilidades de comunicação: abordagem centrada na pessoa, 2013.

O desenvolvimento desses diferentes aspectos relacionados à comunicação deve facilitar e elucidar os objetivos de uma consulta clínica que são:

- Construir um bom relacionamento com o paciente;
- Coletar informações importantes para o tratamento;
- Estabelecer concordância mútua e adequação do plano de tratamento à realidade do paciente.

- **Entrevista clínica centrada na pessoa**

A ACP é uma metodologia/ferramenta que, quando aplicada na consulta clínica, resulta no estabelecimento de um vínculo entre profissional e paciente. Além disso, segundo Stewart e seus colaboradores:

“[...] uma atuação centrada na pessoa apresenta resultados positivos comparada aos modelos tradicionais de abordagem, pois: diminui a utilização dos serviços de saúde, aumenta sua satisfação, diminui queixas por má prática, melhora a aderência aos tratamentos, reduz preocupações, melhora a saúde mental, reduz sintomas e melhora a recuperação de problemas recorrentes (STEWART et al. 1995).”

A ferramenta é dividida em seis etapas, conforme está descrito e ilustrado a seguir e no quadro 37:

QUADRO 37 - ETAPAS DA ENTREVISTA CLÍNICA CENTRADA NA PESSOA.

1. Explorar a enfermidade e a experiência da pessoa em estar doente: Inicialmente, o profissional deve aplicar a escuta ativa e acolher o paciente, fazendo com que ele se sinta à vontade em relatar suas experiências, sentimentos e o funcionamento familiar. Nessa etapa, o profissional deve explorar as informações dadas pelo paciente, além de assimilar mensagens subjetivas que contribuam para o diagnóstico.

2. Entender a pessoa como um todo: O relato do paciente deve ser ouvido com atenção e informações sobre o ambiente em que se vive, bem como o contexto de vida atual devem ser levados em conta para definição do plano terapêutico.

3. Elaborar projeto terapêutico comum e manejo dos problemas: Nesse momento da consulta, o profissional de saúde e o paciente vão identificar as principais queixas e a ordem de prioridade na qual devem ser resolvidos e, assim, pactuam a incumbência de cada um para a resolução dos problemas.

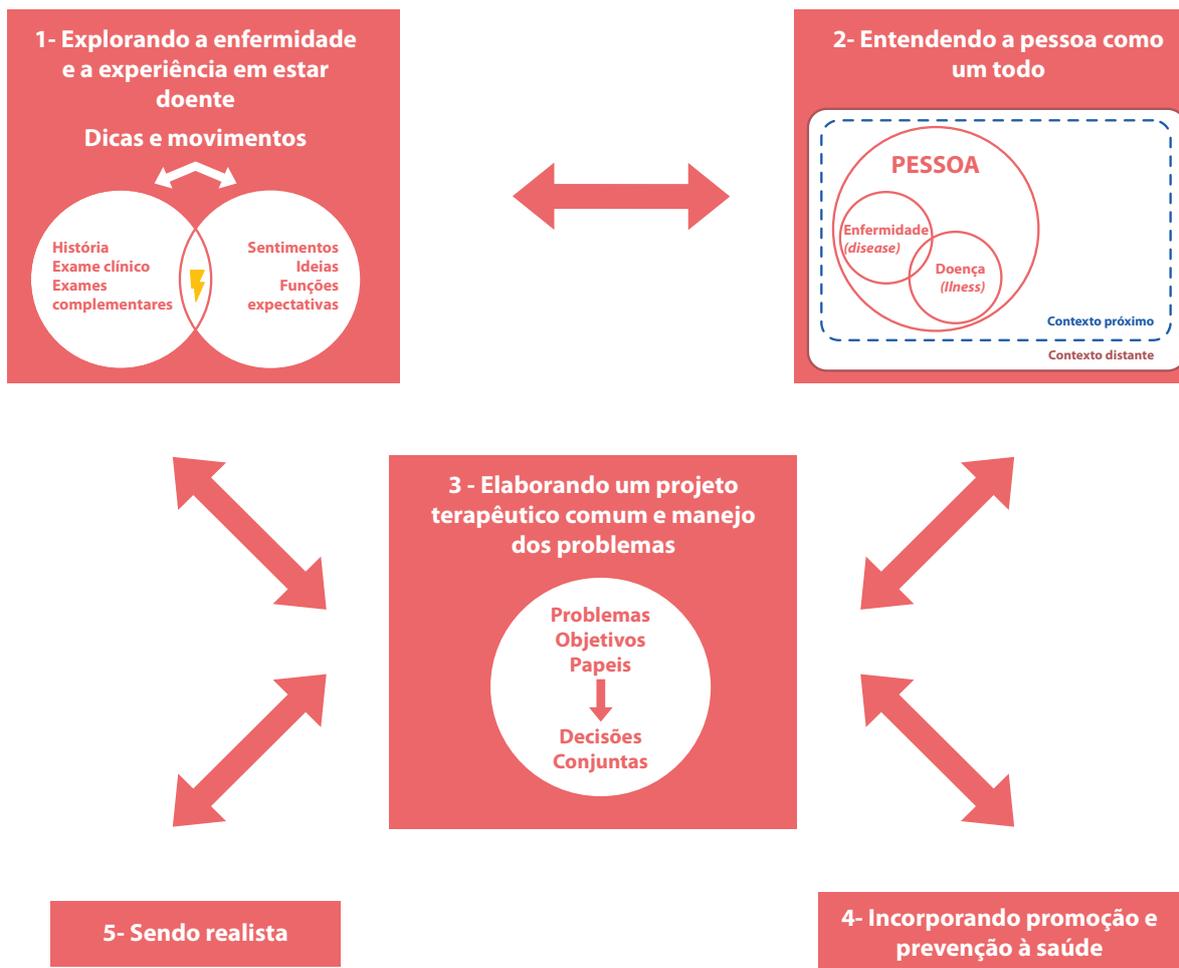
4. Incorporar promoção e prevenção à saúde: Baseado nos relatos do paciente, é importante que, nesse momento, sejam sugeridas modificações que atuem no estado de saúde. Essas modificações podem ser objetivadas para reduzir o risco de desenvolvimento de doença e melhorar a qualidade de vida.

5. Intensificar relação profissional de saúde e usuário: Nesse momento, procura-se humanizar o vínculo, no qual é aconselhado compartilhar histórias, resultando em maior entendimento da situação e criando um aprendizado mútuo.

6. Ser realista: Em muitas ocasiões, a acessibilidade do paciente a alimentos ou práticas de atividade física se demonstra frágil. Além disso, o tempo da consulta é limitado e “obriga” o profissional ser rápido e objetivo. No entanto, é importante se mostrar favorável e colaborativo nos altos e baixos do processo terapêutico.

Fonte: Elaborado pelos autores

Figura 33. Habilidades de comunicação na abordagem centrada na pessoa



Fonte: UNA-SUS/Unifesp, 2013.

Para facilitar o entendimento da aplicação dessa ferramenta e como ela pode influenciar na adesão do paciente, é apresentada esta situação:

Neide tem 25 anos e convive com o problema de obesidade desde criança. A Agente Comunitária de Saúde (ACS) de sua equipe comentou com ela que na UBS está sendo realizado um projeto interprofissional sobre tratamento da obesidade e ela aceitou participar. Dessa forma, ela teve uma primeira consulta com a nutricionista do NASF-AB que é descrita no diálogo a seguir:

- Bom dia, Neide. Me chamo Silvane e sou a nutricionista da equipe do NASF-AB. Que bom que você se interessou pelo projeto que estamos fazendo em parceria com a equipe da Unidade.

- Oi, Silvane...pois é....

- Então, me conte um pouco sobre você, principalmente em relação a esta questão de lidar com a obesidade na sua vida?

- Então, eu luto com isso desde que eu me lembre como gente! Sempre fui gordinha...sofria muito bullying na escola. E já tentei várias coisas para tentar emagrecer, todas as dietas da moda, mas é sempre muito difícil. Às vezes, eu penso que o meu caso só vai resolver com cirurgia de estômago.

- Realmente, deve ser difícil para você lidar com isto. Como você se sente?

- Como eu me sinto? Me sinto triste, desanimada e incapaz de fazer algo que vá mudar minha vida.

- Entendo. Mas você veio até aqui hoje, não é mesmo? Então, percebe que você está fazendo algo?

- É verdade...mas no fundo é como se eu soubesse que não vai adiantar nada...

- Bem, vamos tentar construir juntas, e com o apoio dos outros membros da equipe, um plano individualizado para você. Você não está sozinha nesta empreitada, ok? Mas me conte mais sobre sua família e seus hábitos de vida....

Nesse diálogo, pode-se perceber que a profissional abre espaço para a fala da paciente, valorizando seus sentimentos, ideias e perspectivas e evitando julgamentos e ideias preconcebidas. Na abordagem centrada na pessoa, é fundamental deixar um espaço para fala livre e elaboração do usuário em cima de seu problema. O profissional deve se colocar como um parceiro na situação, e não como um prescritor externo ao processo.

2.4 - Aconselhamento nutricional e obesidade

A obesidade é uma doença crônica relacionada às mudanças de comportamento que desequilibram o balanço energético, principalmente por inadequações na alimentação, que, por sua vez, são influenciadas por aspectos (preferências, tradições familiares, cultura, disponibilidade e custo dos alimentos, experiências, etc.), além de funções de mastigação, digestão e absorção. Essa alimentação inadequada, na maioria das vezes, está associada à redução da atividade física, esses dois fatores são o foco das intervenções para perda de peso.

O tratamento da obesidade, com o objetivo de uma perda ponderal de 5% a 10% do peso inicial, baseado em dieta e atividade física, tem sido proposto como uma medida efetiva para controlar as alterações metabólicas e os fatores de risco cardiovascular. Entretanto, há uma preocupação com as taxas de insucesso do

tratamento tradicional, baseado apenas em dietas meticulosamente calculadas e listas de alimentos substitutos. Afinal, não garantem o comprometimento das pessoas, nem sua mudança de comportamento, o que pode resultar em dificuldade de manutenção dos resultados e de adesão dos pacientes.

Acredita-se que novas estratégias de atendimento nutricional devam ser desenvolvidas para promover uma motivação autônoma e estimular a responsabilidade para o autocuidado. É importante que os profissionais da área ampliem sua visão sobre nutrição e adquiram habilidades terapêuticas para lidar com quem os procuram. Para auxiliar que o paciente desenvolva a capacidade de identificar barreiras para o autocontrole e mecanismos para superá-las, devem ser considerados sentimentos, experiências, crenças e atitudes de cada um, o que resultaria em um vínculo entre o profissional e o indivíduo, permitindo a ele ser guiado pelo nutricionista às mudanças.

Nesse cenário, destaca-se o Aconselhamento Nutricional (AcN) como uma estratégia na (re)construção dos hábitos alimentares e promoção de estilos de vida saudáveis. O AcN pode ser definido como um processo de escuta ativa, individualizado e centrado no cliente. Trata-se de um encontro entre duas pessoas para examinar com atenção, olhar com respeito, e deliberar com prudência e justiça sobre a alimentação de uma delas, proporcionando, além de conhecimentos acerca da alimentação, mudanças comportamentais significativas que melhoram a qualidade de vida. A partir da relação de confiança estabelecida entre os interlocutores, visa-se o resgate dos recursos internos para que ele mesmo tenha possibilidade de se reconhecer como sujeito da própria saúde e transformação.

O nutricionista que trabalha com essa abordagem é nomeado como “terapeuta nutricional” (TN), pelo fato de auxiliar a pessoa não apenas em relação à estrutura e ao seu consumo alimentar, mas na compreensão da conexão entre emoções (pensamentos e sentimentos) e atitudes alimentares (Quadro 38). Dessa forma, para que o aconselhamento nutricional seja efetivo, o profissional deve ter domínio de técnicas que envolvem habilidades de comunicação, escuta e postura, considerando que a comida tem papel de conforto, prazer, comensalidade, celebração e cuidado, não sendo apenas um meio para “nutrir” o corpo. Tal abordagem é relevante, considerando-se que grande parte das pessoas afirma saber “o que” deve fazer, mas não “como” fazê-lo.

QUADRO 38 - DIFERENÇA DO NUTRICIONISTA TRADICIONAL E DO TERAPEUTA NUTRICIONAL

NUTRICIONISTA TRADICIONAL	TERAPEUTA NUTRICIONAL
Papel tradicionalmente prescritivo	Papel de suporte no tratamento → auxilia a pessoa que está sendo aconselhada a traçar caminhos e pensar em estratégias que possam levar a mudanças de comportamento

Fonte: Elaborado pelos autores

Além da forma de conduzir as sessões, estabelecendo o vínculo com o indivíduo, é importante considerar que a consulta se inicia antes mesmo de o indivíduo entrar na sala. O ambiente de espera e do consultório são de fundamental importância para que o indivíduo se identifique, devendo ser preferencialmente de fácil acesso, apresentar um ambiente familiar e adequado às necessidades dos indivíduos.

Para o AcN, o TN deve apresentar algumas estratégias que ele utilizará no decorrer das sessões. Os guias alimentares são ferramentas práticas por orientarem a população acerca da alimentação, tendo importância estratégica como instrumento para atender os objetivos dos programas de aconselhamento nutricional, por facilitarem a aprendizagem, contribuindo para uma adequada conduta alimentar.



O diário alimentar é uma estratégia de automonitoramento que pode ser utilizada. Consiste em um registro realizado pelo indivíduo ao longo do dia de quais alimentos consumiu e suas respectivas quantidades, incluindo horário, local, duração da refeição e se esta foi ou não planejada. Também devem ser registradas informações sobre a percepção da saciedade antes e depois da refeição, pensamentos e sentimentos. Alguns cuidados são necessários ao orientar a utilização desta estratégia, como apresentado no Quadro 39.

QUADRO 39 - CUIDADOS NECESSÁRIOS NA ORIENTAÇÃO DA UTILIZAÇÃO DO DIÁRIO ALIMENTAR

O terapeuta nutricional deve:

Esclarecer que pretende ajudar o indivíduo da melhor forma possível, sendo importante conhecer sua alimentação de forma abrangente

Deixar claro que não está interessado apenas em saber “o que” a pessoa come, mas, principalmente, em compreender o contexto que envolve sua alimentação

Enfatizar que não pretende julgar a alimentação, mas sim entendê-la; por isso, é importante um nível elevado de detalhamento no diário

Esclarecer que a única expectativa dele em relação ao tratamento é que o indivíduo retorne às consultas, contribuindo para que a pessoa não se sinta forçada a realizar mudanças em uma velocidade incompatível às suas condições e circunstâncias

Fonte: Elaborado pelos autores

Outra estratégia a ser utilizada é o estabelecimento de metas, a partir da qual o TN, em conjunto com o indivíduo, estabelece o que precisa ser alterado, não apenas em relação ao que comer, mas também a qualquer estratégia que possa beneficiar o indivíduo a alterar a estrutura, o consumo e suas atitudes alimentares de forma geral. As metas devem ser propostas em uma lista de prioridades, de forma detalhada, em ordem decrescente de importância e urgência. Para isso, é importante traçar estratégias de mudanças para cada meta proposta na lista de prioridades. O TN e o indivíduo devem discutir novas ideias de soluções para as dificuldades enfrentadas colocando-as posteriormente em prática, após avaliar os prós e contras de cada solução discutida.

A participação ativa na seleção e no estabelecimento de metas possibilita que o indivíduo determine qual caminho quer seguir e o quanto está disposto a trabalhar para alcançá-lo, colocando o indivíduo em uma posição central e ativa durante o tratamento. Também contribui para que se sinta mais capaz e confiante, para que ações mais elaboradas sejam traçadas ao longo do tratamento.



PARA REFLETIR: Você já trabalhou com o diário alimentar ou estabelecimento de metas? As metas estabelecidas foram metas atingíveis e necessárias ao paciente? É importante lembrar que nem sempre a meta desejada pelo paciente, é a meta necessária para ele.

Outras estratégias também podem ser utilizadas, porém, é importante ressaltar que cada pessoa terá uma demanda específica, exigindo formatos diferentes de atendimento. Além dessas estratégias e da avaliação nutricional, o TN deve buscar conhecer amplamente a história de vida, coletando dados a partir da escuta empática, franca e genuína, não se tratando, portanto, de um questionário ou instrumento fechado. Esse é um instrumento importante para a formação de vínculo. Por meio da narrativa de uma pessoa, é possível acessar aspectos subjetivos, culturais e sociais, além de valores e crenças que moldam a maneira como ela lida com diversos aspectos. É um importante instrumento para compreender seu contexto de vida de maneira abrangente e completa. Além disso, permite a valorização de suas memórias e recordações, propiciando a percepção de comportamentos e valores que podem contribuir com elementos que ajudarão a definir as estratégias para subsidiar o tratamento.

Uma das bases teóricas do AcN está pautada na clínica ampliada e compartilhada, que encoraja a escuta, o estabelecimento de vínculo e o entendimento do contexto de vida da pessoa, além das queixas apresentadas por ele. Nesse modelo, entende-se que as diferentes abordagens profissionais se complementam e visam à compreensão ampliada do processo saúde-doença em oposição a intervenções pontuais e isoladas.



Há fatores que podem interferir no sucesso do AcN, como a intensidade da intervenção; sua potencial capacidade de mudar comportamentos; o tempo a ser gasto, e a existência de fatores externos limitantes (por exemplo, a disponibilidade de alimentos).

2.5 - Terapia Cognitivo-Comportamental e obesidade

Outra técnica a ser utilizada pelo terapeuta nutricional, considerando o contexto de se promover a real mudança de comportamento como desafio, é a terapia cognitivo-comportamental (TCC). Ela tem como princípio o entendimento de que nossas emoções e comportamentos são determinados pela forma como interpretamos a realidade. Considera-se que nossas cognições têm uma influência controladora sobre nossas emoções e comportamentos, e que esses comportamentos, por sua vez, podem afetar profundamente nossos padrões de pensamento e emoções. Portanto, as mudanças acontecem na medida em que ocorrem alterações nos modos disfuncionais de pensamento.

ATCC é uma psicoterapia que tem como características ser breve, estruturada, orientada ao presente, direcionada para a resolução de um problema. Nessa solução, o TN utiliza técnicas adaptadas à realidade da nutrição como parte do aconselhamento nutricional para ajudar o indivíduo a resgatar os sinais internos de fome, saciedade e o prazer em comer, resultando em hábitos alimentares conscientes e equilibrados. Nessa abordagem, intervenções cognitivas têm o objetivo de reestruturar os pensamentos disfuncionais. As intervenções comportamentais são utilizadas para alterar comportamentos inadequados, além de serem úteis para identificar cognições associadas a comportamentos específicos.

Na TCC, deve-se incentivar o desenvolvimento e a aplicação de processos conscientes adaptativos de pensamento, além de auxiliar os indivíduos a se reconhecerem e, a partir daí, alterarem o pensamento patológico em dois níveis de processamento de informações: pensamentos automáticos e esquemas (Quadro 40).

QUADRO 40 - PENSAMENTOS AUTOMÁTICOS E ESQUEMAS

PENSAMENTOS AUTOMÁTICOS	ESQUEMAS
Cognições que passam rapidamente por nossas mentes quando estamos em meio a situações ou lembrando acontecimentos, deixando como marca a emoção que provocam e sendo aceitas como pensamentos verdadeiros, mesmo que não o sejam.	Crenças nucleares que agem como normas sociais para o processamento de informações e são influenciados pelas experiências de vida. Incluem os ensinamentos e o modelo dos pais, familiares, escola, atividades educativas formais e informais, experiências de seus pares, traumas e sucessos. Permite aos indivíduos selecionar, filtrar, codificar e atribuir significado às informações vindas do meio ambiente

Fonte: Elaborado pelos autores

O tratamento deve ser focado nos erros cognitivos, percebidos pelo TN como pensamentos automáticos, que ocorrem na forma do paciente avaliar a si mesmo e ao mundo. As crenças são trabalhadas a partir de argumentos e propostas de exercícios com o intuito de corrigir aquelas distorções que estão gerando problemas, desenvolvendo meios eficazes para enfrentá-los e modificando as condutas inadequadas relacionadas ao problema. É importante que o TN tenha empatia, buscando entender como o indivíduo se sente.

Dificuldades com alimentação e manutenção de peso adequado estão relacionadas a distorções cognitivas e ciclos de comportamentos disfuncionais, que, por sua vez, representam um impacto psicológico negativo que está geralmente relacionado à depressão e à ansiedade.

A TCC é uma abordagem apropriada para esse tipo de problema e tem como objetivo a modificação de atitudes inadequadas em relação à alimentação, forma corporal, peso, bem como comportamentos e pensamentos sobre métodos efetivos de controle e manutenção do peso. É, portanto, significativa não apenas em relação à perda de peso, mas também em aspectos como dificuldades interpessoais, autoestima e diminuição da compulsão alimentar.

A implementação de mudança de comportamento requer esforço e precisa atingir pensamentos disfuncionais e sentimentos negativos que tangem a alimentação para que haja, de fato, mudanças que levem às escolhas alimentares. Depois que esses indivíduos mudam a forma de pensar sobre a alimentação, eliminando ou diminuindo os padrões de pensamentos disfuncionais, passam a ser mais capazes: de comer mais devagar; percebem de fato o que estão comendo; apreciam a comida sem culpa e persistem em uma dieta, equilibrando os objetivos de ter o prazer de comer e de controle do peso.

Protocolos de TCC específicos para a obesidade e redução de peso já foram desenvolvidos. Um protocolo no qual os participantes podem esperar uma perda de peso de 10% a 15% do seu peso inicial (perda de 0,5 kg a 1,0 kg por semana) foi desenvolvido por Cooper et al. (2009) e White. Freeman (2003) também propõe um protocolo de TCC para a obesidade com objetivos de perda, em média, de 10% do peso inicial.

A TCC oferece estratégias e técnicas cognitivas e comportamentais preciosas para auxiliar o trabalho de mudança de comportamento e hábitos alimentares, que podem ser utilizadas, dependendo da situação do indivíduo. Exemplos dessas técnicas são apresentados no Quadro 41, como a automonitoração, relacionada à observação sistemática e registro dos alimentos ingeridos e das circunstâncias associadas; as técnicas para controle de estímulos, que envolvem a identificação das situações que favorecem a ocorrência da compulsão alimentar e o desenvolvimento de um estilo de vida que afaste o contato do paciente com essas situações e o treinamento em resolução de problemas, que auxilia o paciente no desenvolvimento de estratégias alternativas para enfrentar suas dificuldades sem recorrer à alimentação inadequada.

QUADRO 41 - TÉCNICAS UTILIZADAS NA TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL

QUESTIONAMENTO SOCRÁTICO	EMPIRISMO COLABORATIVO E DESCOBERTA ORIENTADA (RELACIONAMENTO TERAPÊUTICO)	AUTOMONITORAÇÃO
Realização de perguntas contínuas sobre o pensamento do indivíduo, a fim de dirigir a atenção dele para uma área específica. Estímulo à curiosidade e a novas descobertas sobre seus próprios pensamentos. Auxílio na modificação de pensamentos disfuncionais e facilitando as mudanças de comportamento.	Uso de uma abordagem colaborativa, simples e voltada para a ação. O indivíduo e o terapeuta nutricional trabalham com equilíbrio colaborativo e comunicação aberta, focados nos objetivos. O indivíduo é incentivado a assumir responsabilidade por suas escolhas alimentares. Podem ser desenvolvidas hipóteses sobre como enfrentar determinadas situações, pensamentos e comportamentos, modificando-os de acordo com a realidade.	Observação e registro sistemático da ocorrência de alguns comportamentos, ajudando a elucidar pensamentos e comportamentos disfuncionais. O registro <i>per se</i> é capaz de favorecer a mudança e auxiliar na motivação. O diário alimentar é a principal técnica de automonitoramento utilizada por nutricionistas.
METAS (TAREFAS GRADUAIS)	PSICOEDUCAÇÃO NUTRICIONAL	
A prescrição de tarefas graduais auxilia a encarar o processo de forma tranquilizadora e que siga passo por passo, ajudando a regular o comportamento, guiando e selecionando informações relevantes que aumentem a probabilidade de se engajar em uma mudança.	Intervenção caracterizada por informar ao indivíduo dados sobre sua condição ou diagnóstico, a fim de que ele tenha clareza em relação a sintomas, tratamento e diagnóstico e, conseqüentemente, facilitando o processo de mudança. Materiais e informações, como fonte para discussão e análise, para processamento e personalização devem ser utilizados. Como a psicoeducação não é um processo passivo, o terapeuta nutricional deve induzir à reflexão consciente sobre tais materiais e informações. Podem ser aplicadas perguntas, como: "o que disso se aplica ao seu caso?"; "o que não se aplica?"; "com quais partes você concorda?"; "com quais discorda?".	

Fonte: Elaborado pelos autores

2.6 - Intervenções baseadas em Mindfulness

A abordagem do excesso de peso e obesidade é complexa e de difícil manejo, especialmente por se tratar de condições que cursam com relações disfuncionais com o comer e a comida, e com comprometimento do funcionamento psicossocial do sujeito (ALVARENGA, LARINO, 2002; GRACIA-ARNAIZ, 2010). Neste cenário, estratégias inovadoras empregadas na abordagem de comportamentos alimentares disfuncionais têm destaque, tais como mindfulness, mindful eating e comer intuitivo.

O conceito de *mindfulness* ou *Atenção Plena* surgiu a partir de tradições do budismo, no qual práticas mais formais de meditação já aconteciam havia mais de 2500 anos. O *mindfulness* pode ser entendido como um estado mental intencional e totalmente particular que une a atenção focada no tempo presente, a memória de si mesmo e a consciência aberta (LEAHY, 2013). No budismo, essa prática era usada, principalmente, para aliviar o sofrimento mental e desenvolver sabedoria (SIEGAL et al, 2011).

Jon Kabat-Zinn (professor na Universidade de Massachusetts) foi um dos principais responsáveis pela propagação no ocidente das práticas de atenção plena com foco na saúde. Isso foi feito por meio da criação de um programa baseado na atenção plena para a redução de estresse e melhor manejo e convívio com o sofrimento decorrente da dor crônica (*Mindfulness Based Stress Reduction – MBSR*) ainda na década de 70.

Para esse autor, o *mindfulness* é mais que meditação; envolve estar atento ao momento presente, sem julgamentos ou críticas à sua própria experiência. Define *mindfulness* como a “consciência que emerge por meio do prestar atenção, com propósito, e sem julgamento, no desenrolar da experiência no momento presente, de momento a momento” (KABAT-ZINN, 2003) Por ser um estado de consciência, o *mindfulness* pode ser desenvolvido e treinado, por meio de práticas formais e informais (KABAT - ZINN, 1990).



Embora todos nós tenhamos a capacidade de ter atenção plena de maneira inata, ela pode (e deve) ser treinada. Um dos pilares da meditação é a capacidade de se focar em algo que age como âncora do processo, com especial importância para o focar-se e menos importância no algo. Esse algo pode ser a respiração que está sempre presente fazendo com que a meditação baseada na atenção plena possa acontecer em múltiplos momentos do dia.

Existem nove habilidades *mindfulness* para serem desenvolvidas ao longo do processo de prática da atenção plena, segundo Kabat-Zinn (Figura 34).

Figura 34. Nove princípios do *mindfulness* para serem aplicados durante a meditação.

Mente de Principiante	Não Julgamento	Aceitação
Não apego	Confiança	Paciência
Não esforço	Gratidão	Generosidade

Fonte: Elaborado pelos autores

Muitas pesquisas realizadas ao longo de mais de três décadas, com base principalmente no programa desenvolvido por Kabat-Zinn, revelaram que a prática da meditação baseada em *mindfulness* promove a melhora de sintomas físicos, mentais e emocionais do estresse. Além disso, também tem sucesso em casos de transtorno de ansiedade, transtornos alimentares, depressão e obesidade.



SAIBA MAIS: Se você quer aprender mais sobre o que é esse tema, acesse o site do Centro Brasileiro de Mindfulness (CBM): <https://mindfulnessbrasil.com/o-que-e-mindfulness/>

Mindful eating

Dentro do *mindfulness*, com olhar especial para a atenção aos aspectos relacionados ao comer e a comida, emerge o *mindful eating* (ME) ou “comer com atenção plena”. O ME preconiza que os sujeitos façam suas escolhas alimentares

de forma consciente e atenta aos sinais físicos de fome e saciedade (DALEN et al, 2010). Outra premissa importante do ME é a atenção a toda experiência envolvida no comer, notando os efeitos da comida nos sentidos e nas sensações físicas e emocionais que ocorrem antes, durante e após a alimentação, com abertura e sem julgamentos (KRISTELLER, WOLEVER, 2011; KRISTELLER, WOLEVER, SHEETS, 2014).

Desde o momento em que começamos a existir, a comida faz parte das nossas vidas. Ela é essencial para o nosso desenvolvimento em todas as fases. O nosso convívio com a comida é um dos únicos que são intermináveis. Portanto, no momento em que nos relacionamos melhor com a comida, podemos cocriar um bom relacionamento conosco e com o mundo a nossa volta.

Tomamos diariamente aproximadamente 200 decisões alimentares. Vivendo num mundo tão globalizado como hoje, estamos rodeados por gatilhos ambientais e emocionais que contribuem para o desenvolvimento do conceito do “comer inconsciente”. Por exemplo: o comer com distrações (TV, celular, tablet, trabalho); a exposição a uma grande quantidade de comida; as crenças internas como associar alguns locais ou atividades à comida. No quadro 42 listamos alguns desses gatilhos.

Quando comemos com atenção, sem julgamento ou crítica às sensações que são despertadas durante o comer (sejam físicas ou emocionais) ou em algum contexto relacionado à comida, estamos *comendo com atenção plena (mindful eating)* (FRAMSON, et al, 2009).



Para Bays (2009), comer com atenção plena é “uma experiência que envolve todo o nosso ser – corpo, mente e coração – na escolha da comida, no seu preparo, assim como no ato de comer propriamente dito. Comer com atenção plena abraça todos os sentidos. Isso faz nos imergir em cores, aromas, sabores, texturas, inclusive nos sons do comer e beber. Permite que exercitemos nossa curiosidade e sejamos até mesmo lúdicos enquanto examinamos as nossas respostas à comida e os nossos sinais internos de fome e saciedade”.

As pessoas que comem com atenção plena são:

- Não julgadoras;
- Têm atenção aos sabores, texturas e no processo de comer;
- Analisam pensamentos e sentimentos que se relacionam com a fome e saciedade (física e emocional);
- Têm o comer direcionado pelas próprias experiências internas;
- Categorizam a experiência alimentar (e não o que comeu) em “agradável”, “desagradável” ou “neutra” e não em “bom” ou “ruim”.

QUADRO 42 - GATILHOS AMBIENTAIS E EMOCIONAIS QUE CONTRIBUEM PARA O “COMER INCONSCIENTE” E ESTRATÉGIAS PARA SUPERÁ-LOS

DISPONIBILIDADE DO ALIMENTO	<p>Quanto mais comida (alimento) estiver disponível, maior pode ser o consumo e menor a percepção da quantidade consumida (tendência ao sub-relato).</p> <p>Estratégia: Manter visível alimentos, como frutas e vegetais, para aumentar seu consumo e reduzir a exposição de biscoitos, guloseimas, frituras em excesso, etc.</p>
TAMANHO DAS PORÇÕES E UTENSÍLIOS	<p>Os tamanhos tanto das porções quanto dos utensílios podem interferir na percepção individual da quantidade de comida que seria ideal, suficiente ou apropriada para o consumo. Pode até intervir negativamente nos sinais internos de saciedade.</p> <p>Estratégia: Usar utensílios e porções menores quando o objetivo é a redução do consumo alimentar.</p>
DISTRAÇÃO E CONSUMO ALIMENTAR	<p>Comer ao mesmo tempo em que se realiza outras atividades (por menores que sejam) pode contribuir para que as pessoas comam mais sem perceber. Isso porque a situação faz com que se relacione à menor percepção dos sinais precoces de saciedade e menor lembrança daquilo que foi consumido. Assim a pessoa pode comer mais na próxima refeição.</p> <p>Estratégia: Prestar atenção ao momento da refeição (mesmo quando se tem companhia para comer); estimular a automonitorização e tratar de questões sobre o consumo sem julgamento ou avaliação para contribuir de forma efetiva na mudança de comportamento.</p>
“SCRIPTS” (ROTEIROS) ALIMENTARES	<p>Pequenas associações que internalizamos em relação à comida que contribuem para o “comer distraído”. Por exemplo, ir ao cinema e comprar pipoca; não deixar comida sobrando no prato; papéis de gênero (homens comem mais e mulheres comem menos).</p> <p>Estratégia: Mesma do item anterior.</p>
VARIEDADE E CONSUMO ALIMENTAR	<p>Quando somos expostos à maior variedade de comida, acabamos comendo mais. Ao contrário, quando se tem menos opções, ocorre a “saciedade sensorial”, que nada mais é do que a redução do consumo alimentar provocado pela sensação repetida do mesmo gosto.</p> <p>Estratégia: Quando estiver em situações com muitas opções alimentares, delimite as escolhas se atentando à qualidade sensorial do que está sendo consumido, com o intuito de reconhecimento da saciedade antes que comam em excesso.</p>

Fonte: Adaptado de Alvarenga et al, 2015

Segundo o The Center for Mindful Eating, o comer com atenção plena apresenta quatro princípios, que são (Figura 35):

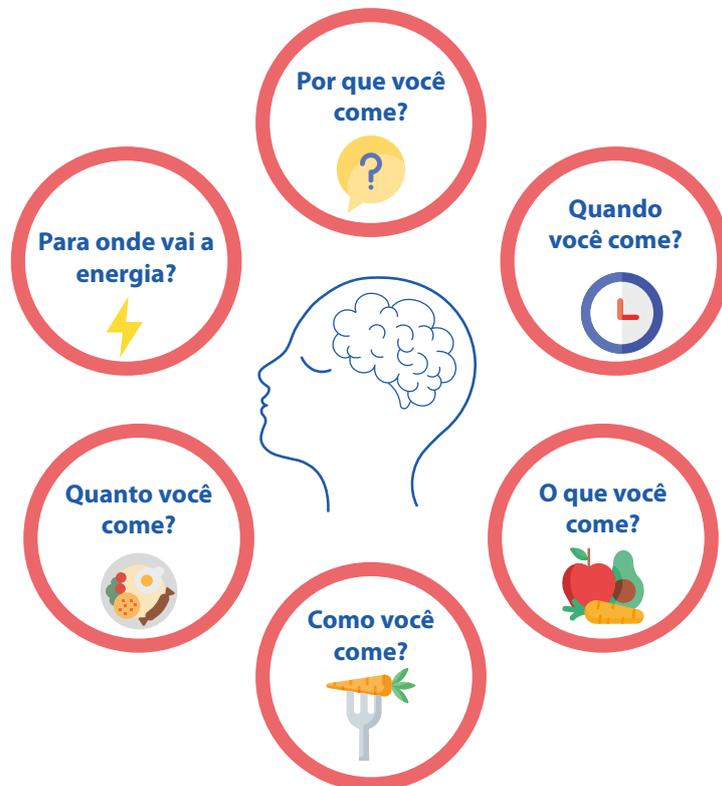
Figura 35 - Os quatro princípios do Mindful Eating de acordo com ©The Center for Mindful Eating.

- 1** Permitir a si mesmo tornar-se consciente das oportunidades positivas e carinhosas que estão disponíveis através da seleção e preparação dos alimentos, respeitando sua própria sabedoria interior.
- 2** Usar todos os seus sentidos na escolha do que comer para que seja gratificante para você e nutritivo para o seu corpo.
- 3** Reconhecer respostas aos alimentos (gostos, desgostos ou neutro) sem julgamento.
- 4** Tornar-se consciente da fome e saciedade físicas para guiar suas decisões para começar e parar de comer,

Fonte: Adaptado de The Center of Mindful Eating.

Além desses princípios básicos, o conceito de comer com atenção plena pode ser representado pelo Ciclo de Alimentação Consciente (CAC), elaborado por Michelle May, fundadora das oficinas sobre alimentação consciente: "Estou com fome?" (figura 36).

Figura 36 - Ciclo do comer consciente proposto por Michelle May (2011).



Fonte: Adaptado de May, 2011

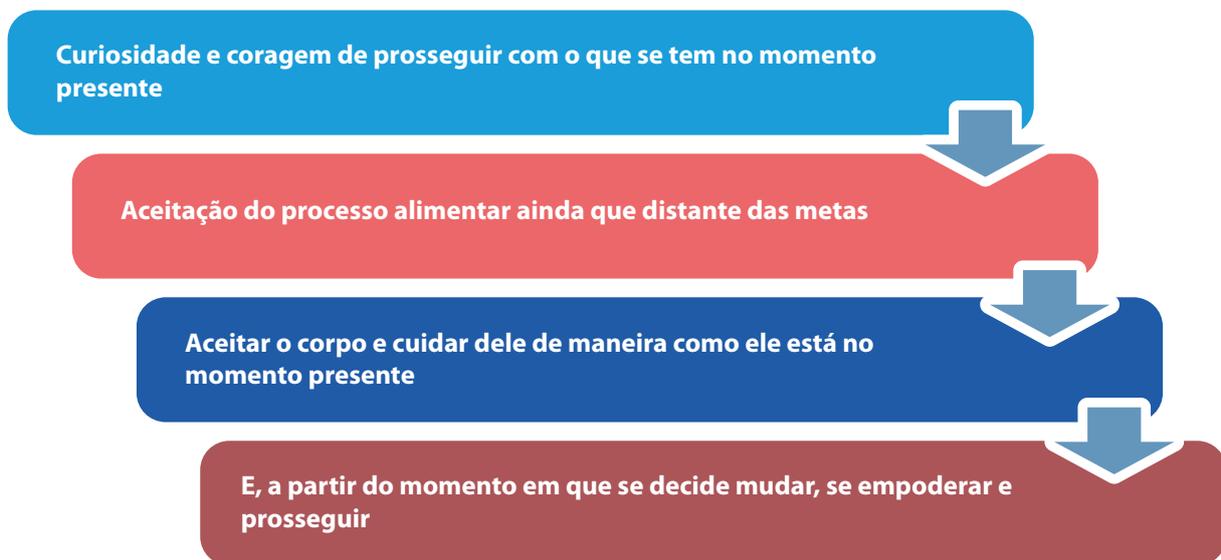
Alguns dos benefícios da prática do comer com atenção plena são o controle da compulsão alimentar e do comer com exagero (ou comer emocional), desfrutar da comida e sentir mais contato com os sinais internos de fome e saciedade do corpo. A abordagem do comer com atenção plena emprega estratégias que incentivam a consciência dos sentidos enquanto se come, para levá-lo ao momento presente. Ao nos apropriarmos disso, percebemos os reais gatilhos e motivações que nos levam a comer; essa consciência nos dá o poder de escolha.

- **Mindful Eating e a Obesidade**

É importante fazer este questionamento: a prática do comer com atenção plena emagrece?

A perda de peso pode ser uma consequência da prática, não um objetivo. O comer com atenção plena se trata de um processo de autoconhecimento, autocuidado. A partir de um estado de maior consciência tem-se menos compulsão alimentar, melhora-se a percepção de cada uma das fomes, da autoestima e autocompaixão.

Comer com atenção plena propicia:



O comer com atenção plena permite uma mudança na relação com a comida, com o corpo, saindo de uma perspectiva de julgamento para o acolhimento do que comemos, porque comemos, e o que motiva comermos o que comemos.

O reconhecimento e a valorização do papel das emoções em nosso comer fortemente preconizado por estas intervenções, têm um papel importante na melhoria do comportamento alimentar dos sujeitos, especialmente pelo aspecto emocional com destaque para as emoções negativas, ser considerado um determinante primordial dos excessos alimentares. Reconhecer e acolher de forma gentil e compassiva as emoções negativas, a partir da observação da própria experiência, sem julgamento ou críticas, pode evitar disfunções alimentares e o impulso de suprimir esses sentimentos por meio da comida.

Muito embora alguns estudos tenham realizado suas intervenções com intuito de obter redução ponderal, é importante ter em mente que as abordagens centradas no mindfulness, mindful eating e comer intuitivo não possuem este objetivo. As melhorias na relação com o comer e a comida, e os benefícios obtidos no comportamento alimentar que são preconizados nestas

abordagens, podem, por consequência, cursar com diminuição no peso, mesmo não sendo este o seu foco.

Tendo em vista que, ao contrário do preconizado pelas dietas, um dos principais objetivos das abordagens do Mindful eating e do comer intuitivo reside em promover melhorias no comportamento alimentar, especialmente por meio da reconexão com a sinalização interna de fome e saciedade, do não-julgamento e não-categorização dos alimentos em “permitidos e proibidos”, e no estímulo ao cuidado da saúde tirando o foco do peso corporal, fica clara a contradição na utilização destas abordagens com objetivo de perda de peso.

Apesar do interesse nas intervenções baseadas em mindful eating e comer intuitivo estar crescendo, o ano das publicações sinalizam que estas intervenções são um fenômeno recente. A maioria dos estudos publicados se concentra nos anos de 2016 e 2017, e o ano mais antigo de publicação é de 2010. São escassos trabalhos publicados sobre as abordagens no Brasil. Este apontamento traz à baila a necessidade de cautela ao generalizar as abordagens para todas as populações, especialmente para indivíduos que vivem em culturas muito diversificadas, uma vez que o comportamento alimentar humano reflete interações entre o estado fisiológico, psicológico e o ambiente externo no qual se insere (Barbosa et al, 2020).

- **Como o nutricionista pode se capacitar para utilizar a abordagem da Atenção Plena com os seus pacientes?**

O nutricionista deve ser capaz de estimular o seu paciente a perceber de maneira mais gentil e amorosa as suas experiências alimentares, e não a sentir culpa ou julgamento. Deve pôr em destaque os sentimentos e pensamentos do paciente no momento em que estava comendo, com o intuito de refletir e pensar em maneiras de agir de forma diferente quando a situação se repetir.



SAIBA MAIS: Se você quiser saber mais sobre os treinamentos em *mindful eating*, acesse o site do Centro Brasileiro de Mindful Eating: <http://mindfuleatingbrasil.com.br/> O CBME possui atividades diversificadas para praticantes, instrutores e profissionais interessados na temática e nas formações. Vale a consulta!

Para isso acontecer, é importante que o nutricionista participe de formações em meditação baseadas em atenção plena e comer com atenção plena para se habilitar a aplicar as práticas em seus pacientes.

Normalmente, as formações são específicas para o protocolo que o profissional deseja aplicar e por serem vivenciais, é necessário que o profissional vivencie as práticas e as aplique na sua rotina diária, contribuindo para que ele se torne mais consciente do momento presente e, conseqüentemente, aprimore a escuta ativa de seus pacientes. Tal aspecto é importante, pois parte do fundamento do *mindfulness* está na formação e experiência prévia do instrutor, nome dado ao professor de *mindfulness*, implica no que se ensina além de também ser critério de segurança e responsabilidade sobre a atuação na abordagem. Portanto, como primeira etapa de formação é participar de programas como participante. Estes programas são realizados por instrutores já certificados.

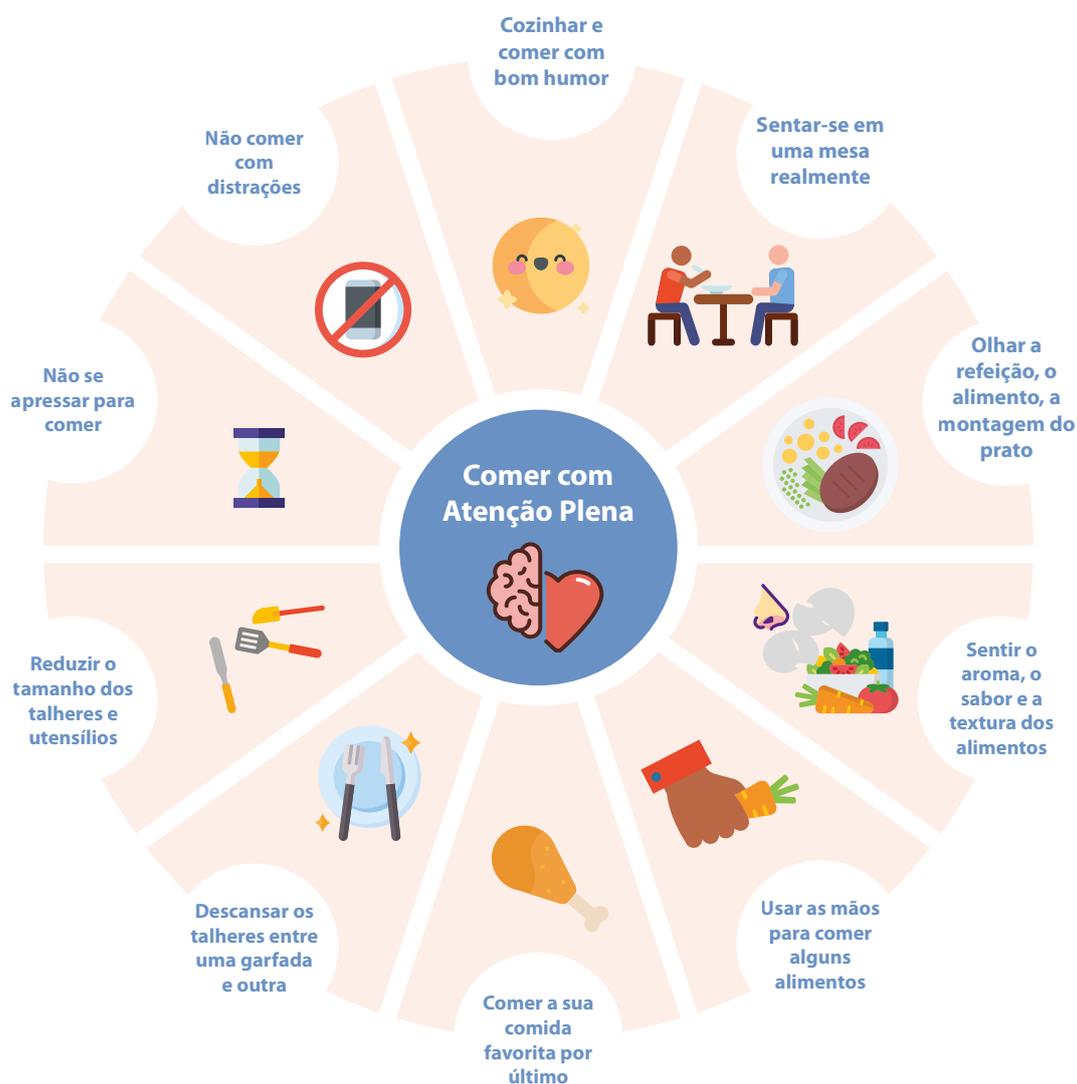
No entanto, o nutricionista que ainda não fez os treinamentos necessários para a aplicação das técnicas do comer com atenção plena e do *mindfulness*, pode incorporar em sua prática clínica os princípios que o *Guia Alimentar para a População Brasileira*, em sua 2ª edição, preconiza: comer com regularidade e atenção; comer em ambientes apropriados, e comer em companhia (BRASIL, 2014).



Saiba mais! Você pode saber mais sobre o novo *Guia Alimentar para a População Brasileira* revendo a Unidade de Ensino 4 do módulo 1 do curso.

Além do uso do *Guia Alimentar*, existem algumas práticas informais do comer com atenção plena que podem ser empregadas no tratamento individual ou em grupo da obesidade pelo nutricionista, como: olhar a refeição, o alimento, a montagem do prato; não se apressar para comer, e sentir o aroma, o sabor e a textura dos alimentos (Figura 37).

Figura 37. Práticas informais de *mindful eating*.



Fonte: Adaptado de Centro Brasileiro de Mindful Eating

O *mindful eating* ainda apresenta alguns desafios para a sua implementação, tais como:

- a organização da rotina diária e o apoio social e familiar para que o planejamento alimentar seja prioridade;
- a necessidade de uma constante automonitorização e manutenção das práticas formais de *mindfulness*, e

- uma abertura para experimentar novos caminhos, como cozinhar, novas texturas e novos sabores.

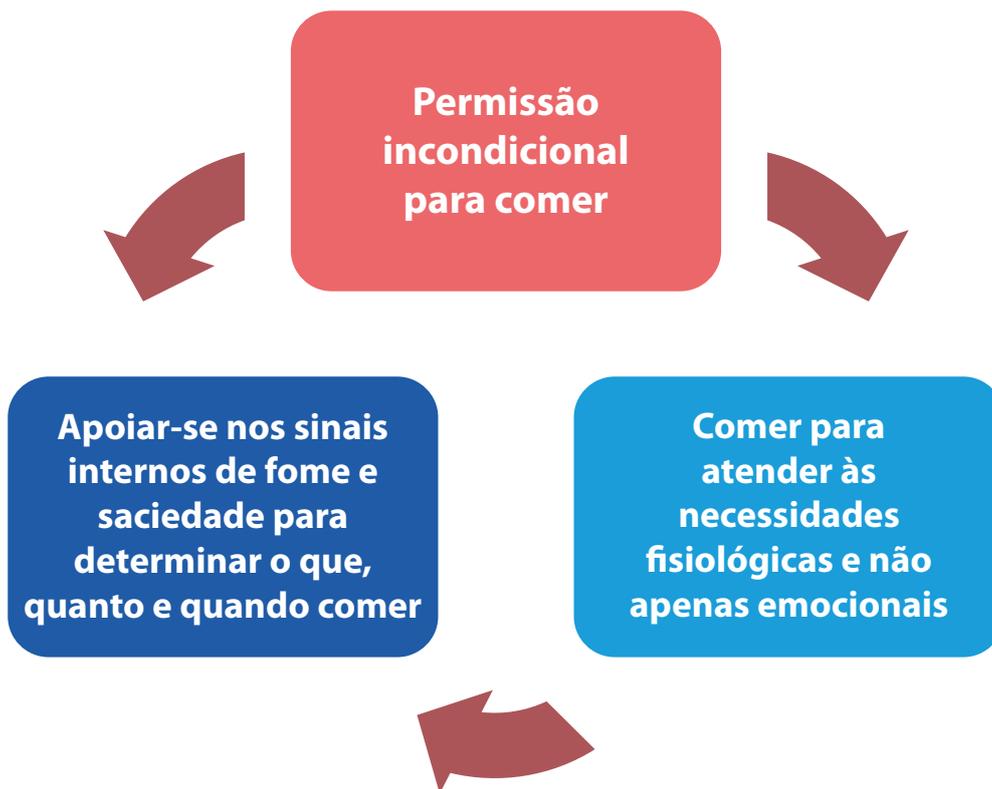
2.7 - Comer Intuitivo

O comer intuitivo (*Intuitive eating*) é um conceito criado por duas nutricionistas, Evelyn Tribole e Elyse Resch. Ele ensina às pessoas a aprenderem a confiar nas suas habilidades inatas de distinguir entre sensações físicas e emocionais de fome, promovendo uma relação mais saudável e amorosa com a comida e tornando as pessoas *experts* de suas próprias experiências.

Apesar de ser menos conhecido, geralmente é usado de forma intercambiável com o Mindful eating, especialmente por ambos preconizarem o comer guiado pela sinalização fisiológica de fome e saciedade (Warren et al, 2017). O Comer intuitivo possui dez princípios, com destaque para a rejeição às dietas restritivas, permissão incondicional para comer; comer por razões físicas, e não emocionais; e confiança no corpo e na sinalização de fome e saciedade para determinar quando e quanto comer (Katterman et al, 2014; Olson et al., 2015; TRIBOLE, RESCH, 2020).

Os elementos gráficos a seguir representam os pilares que apoiam o comer intuitivo (Figura 38) e o detalhamento dos pilares por meio dos dez princípios de (re)estabelecer a sintonia entre a comida, a mente e o corpo (Quadro 43).

Figura 38. Pilares do comer intuitivo



Fonte: Adaptado de Tribole e Resch, 2012

QUADRO 43 - PRINCÍPIOS DO INTUITIVE EATING

PRINCÍPIOS DO COMER INTUITIVO	
Rejeitar a mentalidade da dieta	Dietas restritivas estão associadas à desregulação do apetite e saciedade, ao ganho e reganho de peso e ao aumento da susceptibilidade. Rejeitar a mentalidade da dieta significa se responsabilizar por sua alimentação de maneira mais flexível e ter mais satisfação. No entanto, essa abordagem não desconsidera a dietoterapia.
Honrar a fome	Honrar a fome significa ter horários padronizados e perceber os sinais de fome que o corpo produz. O uso das escalas de fome podem contribuir para uma melhor percepção desse conceito.
Fazer as pazes com a comida	Esse conceito diz respeito principalmente à não classificação de comidas como “boas” ou “ruins”; a reavaliação da “pseudopermissão” para comer e do incentivo à questionamentos como: “eu realmente quero comer determinada comida?” ou “eu me sinto seguro para comer sem culpa e pela experiência e ver como me sinto fisicamente?”.
Desafiar o policial alimentar	Muitas pessoas possuem, dentro de suas mentes, o chamado “policial alimentar”, que avalia o tempo todo se determinadas “regras” alimentares estão sendo cumpridas. Aprenda a identificar os diferentes pensamentos que possam estar atrapalhando o processo de mudança e transformá-los em aliados.
Respeitar o corpo	Aceitar o corpo como ele está no momento presente. Aceitar a genética, mas entender que podemos alterar sim o nosso peso corporal. Não é necessário, porém, primeiro conquistar o peso desejado para se sentir bem. Respeitar o corpo traz à tona a ideia de apreciar as partes que gosta, em vez de evidenciar as que não gosta. Se torna muito importante exercitar o respeito ao corpo (atitudes de autocuidado são muito bem-vindas) e o profissional nutricionista pode contribuir muito nesse aspecto.
Lidar com as emoções sem usar a comida	O estado emocional influencia muito o desejo de comer. O “comer emocional” é quando as razões pelas quais se come são motivadas por medo, ansiedade ou outro sentimento. Nesse sentido, aprender a se confortar sem usar a comida se torna essencial. Se questionar e identificar os sentimentos que estão presentes ajudam a buscar as reais soluções. Contudo, quando não for possível evitar o comer emocional, deve-se tomar a experiência como um aprendizado.
Sentir a saciedade	Envolve aprender a escutar e respeitar os sinais que o corpo oferece de que a fome já foi atendida. Ter atenção e consciência no ato de comer contribui para a identificação da saciedade. Nesse sentido, a prática do <i>mindful eating</i> se torna uma boa aliada.
Descobrir o fator de satisfação	Quando a satisfação é levada em consideração, come-se menos. E, para que isso aconteça, é importante perceber as sensações que a comida desperta e nas sensações corporais que a comida pode provocar (boas ou ruins). O comer não se trata apenas de satisfazer as necessidades físicas, mas satisfazer também as necessidades socioculturais e emocionais.
Exercitar-se sentindo a diferença	O foco da atividade física deve ser o bem-estar. Para isso, é preciso buscar uma atividade física que seja prazerosa e que a sua prática seja uma das prioridades na vida cotidiana. O nutricionista tem o papel de colaborar na identificação fatores que motivam e desmotivam a prática de atividade física.
Honrar a saúde por meio de uma “nutrição gentil”	As autoras trazem esse conceito de “nutrição gentil” com o intuito de mostrar que o comer intuitivo não deixa de contemplar aspectos como as necessidades nutricionais ou as diretrizes nutricionais. Questionar as “dietas perfeitas” como sinônimos de saúde se torna algo inerente à prática do comer intuitivo, que tem o objetivo de pensar a nutrição e a saúde de maneira mais holística e dinâmica.



PARA REFLETIR: Quantas vezes comemos e não conseguimos sentir satisfação? Fica aquele vazio inexplicável: a barriga cheia e a mente ainda desejosa

Dessa maneira, é possível concluir que SACIEDADE é diferente de SATISFAÇÃO! Saciedade é a sensação de barriga cheia. Já a satisfação é bem diferente, já que precisamos estar em sintonia fina com o corpo e a mente, para nos sentirmos realmente satisfeitas!

Fatores que envolvem a satisfação

- Notar a sensação de estar cheia (ou “saciedade”) ⇒ na barriga (corpo)
- Questionar a mentalidade de dieta e notar como ela é parte do ganho de peso e sofrimento
- Honrar a fome ⇒ reconhecer como o corpo sinaliza fome física
- Fazer as pazes com a comida ⇒ comer o que você gosta e faz o corpo se sentir bem
- Respeitar seu corpo ⇒ comer de acordo com as sensações do corpo
- Apreciar o exercício ⇒ não usar como compensação para algo que comeu
- Desafiar a polícia da comida ⇒ já que alimentos proibidos criam relações de sofrimento com a comida
- Nutrir-se com gentileza ⇒ saboreando e agradecendo todas as pessoas envolvidas no caminho da comida
- Lidar com as emoções ⇒ desenvolver outros recursos para cuidar de si além da comida
- Descobrir a satisfação ⇒ unindo todas as ideias



PARA REFLETIR: O que impacta na sua satisfação? Pode ser que você descubra outros fatores como a temperatura do alimento, ambiente e etc

Como o nutricionista pode se capacitar para utilizar a abordagem do Comer Intuitivo com os seus pacientes?

Assim como o *mindful eating*, trabalhar com a abordagem do Comer Intuitivo requer preparo e treinamento prévio do nutricionista.

O nutricionista, habilitado a trabalhar com essa abordagem, deve ser capaz de, junto com o seu paciente, reconhecer quais as suas limitações e colaborar para que ele comece a se conectar com o seu mundo interno, identificando os sinais, emoções e sensações que estão envolvidas com o ato de comer. A partir daí, quando já se alcançou autonomia, confiança e integração entre os sinais internos e externos do corpo, escolherem juntos o que do mundo externo será incorporado à sua rotina de vida.

É válido ressaltar que estas intervenções não possuem como foco mudar os alimentos que o indivíduo consome, mas sim entender qual a relação que os indivíduos possuem com a comida, e sobre como a mente e o corpo entendem a experiência do comer (Rossy, 2016). De forma especial, o Comer intuitivo também preconiza o não-julgamento e não-segmentação dos alimentos em “bons e ruins”, auxiliando os sujeitos a compreender os motivos de suas escolhas alimentares, saindo do piloto-automático, com abertura e gentileza (Camilleri et al., 2016).

2.8 - Análise crítica das dietas da moda para a redução do peso

Devido à complexidade da etiologia da obesidade e os grandes desafios para perda de peso (incluindo a dificuldade dos indivíduos em mudar hábitos de vida, principalmente os alimentares), muitos utilizam as dietas da moda. Normalmente, elas são mais procuradas devido ao pressuposto de que oferecem resultado rápido e eficaz na perda de peso. A maioria delas, porém, é nutricionalmente incompleta e não apresenta evidências científicas suficientes para que sua aplicação seja recomendada. Nesse capítulo, destacaremos duas dietas por estarem em destaque na atualidade entre profissionais e pesquisadores: dieta low carb e dieta de jejum intermitente.

A primeira é a Dieta *Low Carb*, que ganhou notoriedade quando algumas autoridades de saúde recomendaram que o consumo de carboidratos de digestão rápida fosse reduzido. Isso porque tais alimentos são responsáveis por aumentar rapidamente a glicemia e, assim, contribuir para o aparecimento de doenças metabólicas e crônicas. O quadro 44 apresenta as diferentes classificações da dieta *low carb*.

QUADRO 44 - CLASSIFICAÇÃO DA DIETA LOW CARB DE ACORDO COM A QUANTIDADE DE CARBOIDRATOS

CLASSIFICAÇÃO	QUANTIDADE
Carboidratos moderados	26% a 44% ou 130 a 220g/dia
Baixo Carboidrato	<26% ou <130g/dia
Muito baixo Carboidrato (cetogênica)	< 10% ou de 20 a 50g/dia

Fonte: Associação Brasileira de Low Carb, 2020.

Assim, um estudo realizado nos Estados Unidos em 2010 avaliou os efeitos de uma dieta baixa em carboidratos (20g/dia por 3 meses e acréscimo de 5g/semana nos 9 meses seguintes e manutenção nos 12 meses seguintes), por 2 anos, em 307 adultos com obesidade. Essa intervenção resultou em uma perda de 11 kg no primeiro ano e 7 kg no segundo ano. Ao final do experimento, os pesquisadores afirmaram que esses dados, em longo prazo, podem sugerir que uma dieta de baixo carboidrato pode ser uma opção viável para o tratamento da obesidade (Foster, et al, 2010). No entanto, ao se avaliar criticamente esses dados, percebe-se que uma alimentação com a proporção de macronutrientes tradicional também poderá resultar em perda de peso semelhante ou superior à outra.

Outro estudo, também realizado nos Estados Unidos com aproximadamente 800 adultos com excesso de peso, comparou o efeito de dietas com diferentes proporções de macronutrientes. O acompanhamento durou 2 anos e foi observado que, após 12 meses, os participantes recuperaram 3% da perda de peso total. No entanto, a conclusão dos autores foi de que dietas hipocalóricas resultam em perda de peso clinicamente significativa, independentemente da proporção de macronutrientes (SACKS, et al, 2009).

Ainda, uma meta-análise, publicada em uma revista de alto impacto no meio científico – *JAMA* – reuniu ensaios clínicos randomizados que compararam uma dieta com baixa concentração de carboidratos com outra de baixa concentração de gorduras. Em resumo, foram 7.286 indivíduos avaliados e a perda de peso não diferiu estatisticamente entre as estratégias adotadas, apoiando a hipótese de que, independentemente da dieta, quando empregada uma intervenção hipocalórica, o resultado refletirá na redução do peso (JOHNSTON, et al, 2014).

Diante disso, não existem estudos clínicos randomizados controlados suficientes que validem a utilização da dieta com baixo carboidrato para redução

do peso. Além disso, não há evidências conclusivas de que o grau de perda de peso ou a duração da manutenção de peso reduzido sejam significativamente afetados pela quantidade de macronutrientes na dieta, uma vez que os estudos de maior duração foram de dois anos.

A dieta do jejum intermitente (JI) consiste na abstinência voluntária de alimentos e bebidas por determinado período de tempo. Atualmente, é popular entre pessoas do mundo inteiro e utilizada, principalmente, como estratégia de redução do peso. No entanto, o jejum é uma prática religiosa antiga e adotada pelos seguidores do calendário islâmico, o período do Ramadã.

Com a popularidade do JI, diversas pesquisas foram realizadas a fim de obter um protocolo que de fato demonstrasse efetividade para a redução do peso. Assim, existem diferentes métodos utilizando a hipótese do jejum como facilitador da perda de peso, que podem ser observados no quadro 45.

QUADRO 45 - PROTOCOLOS MAIS COMUNS PARA PRÁTICA DO JEJUM INTERMITENTE

Jejum completo em dias alternados	24 h de jejum realizado de 1 a 3 vezes por semana
Jejum modificado	Permite o consumo de 20% a 25% da necessidade de energia nos dias de jejum, que deve ser realizado 2 dias não consecutivos por semana.
Alimentação por tempo limitado	Permite a ingestão livre de energia dentro de prazos específicos, induzindo intervalos de jejum regulares e prolongados.

Fonte: Adaptado de Patterson e Sears, 2017.

Uma revisão sistemática, que reuniu 17 pesquisas que utilizaram o JI como intervenção para perda de peso em seres humanos, observou que, independentemente do protocolo utilizado, 64% dos participantes reduziram o peso, quando submetidos ao JI por até 2 meses (PATTERSON; SEARS, 2017). Outra revisão juntou 12 estudos que compararam dois métodos de JI como intervenção para perda de peso de adultos obesos. Os participantes foram submetidos ao JI completo ou ao JI modificado por um período mínimo de oito semanas. As observações permitiram concluir que a redução de peso mais severa ocorreu no grupo do JI completo, ou seja, àqueles que permaneceram 24h sem se alimentar por dois dias não consecutivos na semana (RYNDERS, et al, 2019).

Diferentemente da pesquisa anterior, estudo realizado por um período de 52 semanas com 112 adultos com obesidade avaliou a eficácia para redução de peso comparando o JI completo e o JI modificado e verificou que a maior perda de peso ocorreu no grupo do JI modificado (SUNDFOR; SVENDSEN; TONSTAD, 2018). Desse modo, visto que esse estudo foi o de maior duração, pode-se refletir que o ato de jejuar 24h, duas vezes na semana, pode acarretar a maior ingestão de alimentos nos dias livres, resultando na menor perda de peso. Consequentemente, é um hábito mais difícil de ser sustentado.

A maioria dos estudos demonstra que o JI é eficiente em relação à perda de peso. No entanto, não existem estudos que suportam evidências em longo prazo. Além disso, quando o período de alimentação é limitado, a ingestão calórica também é reduzida, refletindo em um balanço energético negativo, com consequente perda de peso. Nesse sentido, pode-se atribuir a redução do peso ao balanço energético negativo, não sendo necessário o jejum por longos períodos.



PARA REFLETIR: Dietas restritivas são capazes de provocar comportamentos contraditórios à perda de peso, como compulsão alimentar, ansiedade e desequilíbrio hormonal. Nesse sentido, como você, profissional de saúde, pode atuar na sua especialidade a fim de aumentar a eficácia no tratamento da obesidade?

3 - ESTÁGIOS DE MUDANÇA DO COMPORTAMENTO E ADESÃO À DIETA

Diante da complexidade da obesidade, o tratamento também requer múltiplos esforços. Para tanto, é preciso considerar o estágio de mudança dos indivíduos ou grupo, pois envolve mudança de comportamento e estilo de vida, com introdução de uma alimentação saudável e prática regular de atividade física. Essa avaliação é importante, pois tende a tornar a intervenção nutricional mais efetiva (BRASIL, 2014a).

Entre as estratégias adotadas para a mudança de comportamento, podemos destacar o Modelo Transteórico (PROCHASKA et al., 1992), que apresenta cinco estágios de mudança, são eles: pré-contemplação, contemplação, decisão, ação e manutenção (BRASIL, 2014; ALVARENGA et al., 2015). Explicaremos cada estágio no quadro 46.

QUADRO 46 - ESTÁGIOS DE MUDANÇA DE COMPORTAMENTO

ESTÁGIOS	COMPORTAMENTO
Pré-contemplação	Quando não há nenhuma motivação para mudança, mesmo que haja compreensão de algum comportamento inadequado.
Contemplação	Há presença de motivação para mudança, como também motivos para não mudar. Começa a refletir sobre alguma mudança, mas coloca barreiras, o que faz com que não estabeleça prazos.
Decisão/Preparação	Já existe a pretensão de mudança de comportamento. Se começa a estabelecer pequenas metas e prazos para um futuro próximo (30 dias).
Ação	Tem algumas mudanças de comportamento que foram colocadas em prática recentemente. Encontra-se entusiasmado com a mudança.
Manutenção	A mudança de comportamento é consistente e sustentada por um prazo maior (6 meses).

Fonte: BRASIL, 2014b; ALVARENGA et al, 2015.

No *Caderno de Atenção Básica n. 35* (BRASIL, 2014b), você encontra as estratégias que os profissionais de saúde podem realizar para estimular a mudança de comportamento em cada um dos estágios, além de orientações em deslizos e recaídas.



Os estágios de mudança de comportamento são importantes para identificar as percepções e motivações dos indivíduos para a mudança de estilo de vida. Diante dessa classificação, é possível desenvolver estratégias adequadas ao processo de prontidão no qual o indivíduo se encontra, e assim desenvolver ações e metas factíveis e de acordo com cada estágio (BRASIL, 2014a).

Essas estratégias também podem ser adotadas em grupos de intervenção. No entanto, é preciso conhecer o estágio de cada um dos indivíduos para não incluir no mesmo grupo pessoas que estejam em estágios tão distintos. Ou seja, indivíduos no estágio pré-contemplação não pertenceriam ao mesmo grupo de

indivíduos na fase de manutenção (BRASIL, 2014a).

Leão et al. (2015) desenvolveram um estudo para identificar o estágio motivacional para mudança de comportamento em indivíduos com sobrepeso ou obesidade I e II que iniciaram tratamento para perda de peso. Em seus resultados, os autores observaram que o aconselhamento nutricional é capaz de aumentar a motivação para o tratamento da obesidade, porém o estágio motivacional é maior em indivíduos que apresentam outras comorbidades associadas.

Diante desses resultados, os autores concluíram que o aconselhamento nutricional e a identificação do estágio de mudança de comportamento devem ser inseridos mais precocemente no tratamento para perda de peso, antes que outras patologias aparecessem, evitando complicações e novas necessidades de cuidados. Assim, durante o aconselhamento, os profissionais devem informar o paciente sobre o tratamento, como também criar estratégias para motivá-los visando à mudança de comportamento (LEÃO et al., 2015).



Cabe lembrar que o modelo transteórico desenvolvido por Prochaska et al. foi elaborado para tratar o tabagismo. Por isso, apresenta algumas limitações. Dentre elas, podemos citar a complexidade da alimentação, que envolve vários fatores, inclusive externos e ambientais (ALICE; ASSIS, 1999). Assim, o profissional deve estar capacitado para saber como atuar nessa enfermidade e poder auxiliar de maneira mais efetiva no processo de mudança. Além disso, outro cuidado que deve ser tomado é para intervenções em coletividades, visto que o modelo também foi elaborado pensando no indivíduo, logo requer uma adaptação para usar com grupos (TORAL; SLATER, 2007).

Diante do exposto, percebe-se que a progressão nos estágios de prontidão para mudança de comportamento é um caminho que deve ser estimulado pelos profissionais de saúde, já que nem todos os indivíduos estarão prontos para mudança de estilo de vida que requer o tratamento da obesidade.

Por outra parte, a adesão à dieta está sujeita à superação de obstáculos, que poderá ser mais fácil ou mais difícil a depender de qual obstáculo é esse, dos recursos financeiros que as pessoas têm para superá-lo e do território em o que indivíduo está inserido. Alguns obstáculos poderão ser removidos total e rapidamente, enquanto outros, possivelmente a maioria para grande parte das pessoas, vão requerer persistência e trabalho conjunto do indivíduo e dos profissionais envolvidos (BRASIL, 2014).

Somente a informação sobre o excesso de peso pode não ser suficiente para promover mudanças de comportamento e a adesão às orientações alimentares. Isso se dá pelo fato de as pessoas muitas das vezes estarem cientes dos riscos e perigos de um excesso de peso em sua vida. Contudo, mesmo sabendo dos perigos emergentes a saúde, as pessoas não mudam o comportamento ou seu estilo de vida. É necessário, portanto, refletir em estratégias que garantam a aderência dessas pessoas quanto à recomendação dietética, e também pensar sobre como será a forma como essas orientações serão transmitidas pelos profissionais (FAZIO et al., 2011; BRASIL, 2014a).

Entre os obstáculos em relação à adesão de um plano alimentar, destacam-se a informação, oferta, custo, habilidades culinárias e tempo (Quadro 47).

QUADRO 47 - OBSTÁCULOS RELACIONADOS A NÃO ADEÇÃO DE UM PLANO ALIMENTAR

OBSTÁCULO	O PROBLEMA	O QUE SE PODE FAZER
Informação	Há muitas informações na área da nutrição sobre alimentação e saúde, contudo é difícil discernir quais fontes são confiáveis.	Utilizar o Guia Alimentar e materiais do Ministério da Saúde tendo em vista que eles dispõem de informações seguras e confiáveis para a população brasileira.
Oferta	Alimentos ultraprocessados são encontrados em toda parte, quase sempre acompanhados de muito marketing, preços baixos e promoções enquanto alimentos naturais ou minimamente processados nem sempre são encontrados em locais próximos às casas das pessoas, além de possuírem menor durabilidade.	Estimular as pessoas a não realizar compras onde apenas alimentos ultraprocessados são encontrados e evitar se alimentar em redes de <i>fast-food</i> . Incentivar a população a comprar alimentos em feiras livres, mercados da região, quitandas e outros comércios onde exista a venda de alimentos naturais e ainda que se organizem para a semana, para evitar desperdícios e não utilização do que foi adquirido.
Custo	Embora hortaliças e frutas possam ter preço superior ao de alguns alimentos ultraprocessados isoladamente, o custo total de uma alimentação majoritariamente contendo alimentos in natura ou minimamente processados ainda é menor no Brasil do que o custo de uma alimentação baseada em alimentos ultraprocessados. Contudo, as pessoas ainda carregam a ideia de que uma alimentação saudável é sempre mais cara em relação a uma alimentação inadequada.	Conscientizar as pessoas sobre o custo real da alimentação saudável e da inadequada, mostrando que a saudável tem um custo/benefício muito mais interessante. O profissional deve ter conhecimento dos locais onde esses alimentos são encontrados em menor preço dentro da região, para indicar onde é possível comprar os alimentos in natura, já que muita das vezes as pessoas desconhecem esses pontos e acabam por realizar suas compras em locais onde a oferta de alimentos é a de ultraprocessados.
Habilidades Culinárias	O enfraquecimento da população no que tange à habilidades culinárias dentro das famílias favorece o consumo de alimentos ultraprocessados por não precisarem de muito preparo e tempo. A falta de autonomia acaba tornando os cidadãos reféns do que é oferecido nas ruas.	Sensibilizar as pessoas para a prática do preparo das refeições é fundamental. A capacidade de preparar a própria refeição e a autonomia que esse ato traz promove mudanças nos hábitos alimentares. Além disso, gera outros benefícios à saúde e a aproximação desses indivíduos com sua família e sociedade, principalmente quando são resgatadas receitas que envolvam a família, a infância e momentos da vida que retomam a individualidade e o prazer ao comer.
Tempo	Para algumas pessoas, as recomendações aqui descritas podem demandar a dedicação de mais tempo à alimentação e normalmente, as pessoas já se dizem sem tempo para realizá-las.	A falta de habilidade culinária pode fazer com que mais tempo seja gasto para o preparo de refeições. Por isso, antes de tudo, essa habilidade deve ser aprimorada até por uma questão de otimização de tempo. Habilidades culinárias não significam apenas o domínio de técnicas culinárias, mas também o planejamento das compras de alimentos e ingredientes culinários, organização da despensa doméstica e definição prévia do que vai se comer ao longo da semana. O profissional de saúde deve auxiliar as pessoas na hora de montar essa rotina de alimentação, desde o momento da compra até o preparo. Parece fácil, mas aí está o grande problema das pessoas quando se veem diante de uma nova rotina: "Como fazer para dar certo?". A resposta é organização do tempo e das atividades.

Mulheres e homens, meninas e meninos, portanto, devem se familiarizar com habilidades culinárias mínimas que lhes permitam gozar de autonomia para promover o autocuidado em relação à alimentação. Ao mesmo tempo, devem desenvolver o senso crítico em relação ao marketing envolvido em produtos alimentícios, evitando o desperdício e resgatando os estímulos sensoriais da alimentação, explorando, por exemplo, a riqueza de aromas de ervas naturais. O resgate da culinária familiar facilita a adesão às orientações nutricionais, a manutenção de peso saudável e a incorporação no cotidiano dos conceitos de alimentação saudável. (BRASIL, 2014).

Diversas receitas e cardápios saudáveis podem ser elaborados em conjunto com a equipe de saúde e usuários, atendendo à especificidade de cada fase do curso de vida (lactentes e pré-escolares, escolares, adolescentes, gestantes, nutrízes, mulheres, homens e idosos). Essa prática, se adotada, poderá promover boa aceitação das preparações, já que podem ser sugeridas pelos próprios usuários e melhoradas, conforme a necessidade pelos profissionais (BRASIL, 2014).

Utilizar os alimentos e preparações já conhecidas pelos indivíduos pode melhorar a adesão e a satisfação deles em relação à alimentação. Além de se sentirem como parte do processo de escolha e construção da sua alimentação, elas ainda estarão sendo conscientizadas da importância dessa alimentação e como fazer com que o que está sendo proposto e trabalhado se torne hábito, e não algo temporário para alcançar um objetivo único, como apenas a perda de peso.



Cabe aos profissionais de saúde desenvolver intervenções de saúde apropriadas para cada pessoa em sua individualidade, sem se tornarem reguladores e vigilantes da vida e do prazer alheios. Isso porque essa postura afasta o paciente do profissional e interfere diretamente na adesão das orientações.

A motivação para adesão a um modo de vida mais saudável é o grande desafio. O profissional envolvido deve identificar estratégias que propiciem esta adesão e debater com o paciente suas vantagens, identificar com ele os obstáculos para a mudança, estimular a descoberta de cada indivíduo a sua forma prazerosa e adequada ao cotidiano de se movimentar, de cozinhar, de fazer suas compras, etc. Em todos os pontos, o profissional de saúde deve ajudar e orientar o indivíduo, para que, traçando os obstáculos, ele consiga traçar também as soluções, que muitas das vezes sozinho não consegue e acaba desistindo de todo o processo (BRASIL, 2014).

4 - REFERÊNCIAS

ALBURY, C; STRAIN, W D; BROCCO, S L; LOGUE, J; LLOYD, C; TAHRANI, A.; et al. The importance of language in engagement between health-care professionals and people living with obesity: a joint consensus statement. **The Lancet Diabetes Endocrinology**, v. 8, n. 5, p. 447 - 455, 2020.

ALICE, M.; ASSIS, A. DE. Motivational Aspects in Programs of Nutritional Behavior Changes. **Revista Nutrição Campinas**, v. 12, n. 1, p. 33–41, 1999.

ALVARENGA, M; PALACOW, V; SCAGLIUSI, F. Dieta e seus efeitos no comportamento alimentar. In: Alvarenga M, Figueiredo M, Timerman F., editores. **Nutrição Comportamental**. 1ª. edição. São Paulo(SP): Manole, p. 69 - 100, 2015.

ALVARENGA M, LARINO MA. Terapia nutricional na anorexia e bulimia nervosas. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 24, n. 3, p. 39-43, 2002.

ALVARENGA, M.; FIGUEIREDO, M.; TIMERMAN, F.; ANTONACCIO, C. **Nutrição Comportamental**. 1. ed. Barueri, São Paulo: Manole, 2015. p. 1-549.

AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION. **Position of American Dietetic Association: Health implications of dietary fibers**, v. 102, nº 7, p. 993-1000, 2002.

ABESO. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. **Diretrizes brasileiras de obesidade 2016/ABESO**. 4.ed. São Paulo: ABESO, 2016.

BARBOSA, M R; PENAFORTE, FRO; SILVA, AFS. Mindfulness, mindful eating e comer intuitivo na abordagem da obesidade e transtornos alimentares: revisão integrativa, **SMAD**, 2020 (no prelo).

BAYS, JC. **Mindful eating- a guide to discovering a healthy and joyful relationship with food**. 1. ed. Boston & London: Shambhala, p. 1-208, 2009.

BRASIL. Congresso Nacional. **Projeto de Lei nº 4328**, de 04 de fevereiro de 2016. Instituto Estatuto das Pessoas com Obesidade. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1431850>. Acesso em: 16 dez. 2019.

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** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 212 p. : il. – (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** / Ministério da saúde, Secretária de Atenção à saúde, Departamento de atenção básica – 2. ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 162 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 176 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série B: Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, 4. ed. 4. reimp. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010. 72 p. : il. color. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**: gestão participativa e cogestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

CAMPOS, A. A. de O.; COTTA, R. M. M.; OLIVEIRA, J. M.; SANTOS, A. K.; ARAÚJO, R. M. A. Aconselhamento nutricional de crianças menores de dois anos de idade: potencialidades e obstáculos como desafios estratégicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 2, p. 529-538, 2014 .

CAMILLERI, GM; MÉJEAN, C; BELLISLE, F; ANDREEVA,VA; KESSE-GUYOT, E; HERCBERG S, et al. Intuitive Eating Dimensions Were Differently Associated with Food Intake in the General Population–Based NutriNet-Santé Study. **Journal of Nutrition**, v. 147, n. 1, p. 61- 69, 2016.

CERON, M. Habilidades de Comunicação: Abordagem centrada na pessoa. **UNASUS**. UNIFESP. Brasil, 2013.

CERQUEIRA, A. Habilidades de comunicação com pacientes e famílias. **Interface**, Botucatu, v. 13, n. 29, p. 469-473, 2009.

COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SUS. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas**: Sobrepeso e Obesidade. 2018. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Enquete/PropostaEscopo_PCDT_SobrepesoObesidade.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2019.

COUTINHO, W.. Consenso latino-americano de obesidade. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 21-67, Fevereiro, 1999.

DALEN, J; SMITH, BW; SHELLEY, BM; SLOAN, AL; LEAHIGH, L; BEGAY, D. Pilot study: Mindful Eating and Living (MEAL): weight, eating behavior, and

psychological outcomes associated with a mindfulness based intervention for people with obesity. **Complementary Therapies in Medicine**, v. 18, n. 6, p. 260-264, 2010.

DIAS, P. C.; HENRIQUES, P.; dos ANJOS, L. A.; BURLANDY, L. Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 7, e00006016, 2017.

DUCHESNE, M.; APPOLINÁRIO, J. C.; RANGÉ, B. P.; FREITAS, S.; PAPELBAUM, M.; COUTINHO, W. Evidências sobre a terapia cognitivo-comportamental no tratamento de obesos com transtorno da compulsão alimentar periódica. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre, v. 29, n. 1, p. 80-92, Apr. 2007.

FAZIO, E. S.; NOMURA, R. M. Y.; DIAS, M. C. G.; ZUGAIB, M. Consumo dietético de gestantes e ganho ponderal materno após aconselhamento nutricional. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 87-92, 2011.

FERREIRA, V. A.; SILVA, A. E.; RODRIGUES, C. A. A.; NUNES, N. L. A.; VIGATO, T. C.; MAGALHÃES, R. Desigualdade, pobreza e obesidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1423-1432, Junho, 2010.

FREIRE, R. Scientific evidence of diets for weight loss: Different macronutrient composition, intermittent fasting, and popular diets. **Nutrition**, v. 69, 10549, 2020.

FIGUEIREDO, M. C. D.; HUNGER, R.; de MATOS, S. H.; RODRIGUES, A. M. Consulta de nutrição na primeira infância: uma proposta de protocolo de atendimento. **Nutrire**, v.40, n. 2, p. 162-172, 2015.

FOSTER, G. D.; WYATT, H. R.; HILL, J. O.; MAKRIS, A. P.; ROSENBAUM, D. L.; BRILL, C.; STEIN, R. I.; MOHAMMED, B. S.; MILLER, B.; RADER, D. J.; et al. Weight and metabolic outcomes after 2 years on a low-carbohydrate versus low-fat diet: A randomized trial. **Annals of Internal Medicine**, v. 153, p. 147-157, 2010.

FOXCROFT L. A tirania das dietas. 1ª. edição. São Paulo(SP): Três Estrelas; 2013. 280 p.

FRAMSON, C.; KRISTAL, A. R.; SCHENK, J. M.; LITTMAN, A. J.; ZELIADT, S.; BENITEZ, D. Development and validation of the mindful eating questionnaire. **Journal of American Diet Association**, v. 109, p. 1439-1444, 2009.

GODSEY, J. The role of mindfulness based interventions in the treatment of obesity and eating disorders: an integrative review. **Complementary Therapies in Medicine**, v. 21, p. 430-439, 2013.

GUIMARÃES, N. G.; DUTRA, E. S.; ITO, M. K.; CARVALHO, K. M. B. Adesão a um programa de aconselhamento nutricional para adultos com excesso de peso e comorbidades. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 23, Nº 3, Maio/Junho, 2010.

GRACIA-ARNAIZ M. at bodies and thin bodies. Cultural, biomedical and market discourses on obesity. **Appetite**, v. 55, n. 2, p. 219-225, 2010.

JOHNSTON, B. C.; KANTERS, S.; BANDAYREL, K.; WU, P.; NAJI, F.; SIEMIENIUK, R. A.; BALL, G. D.; BUSSE, J. W.; THORLUND, K.; GUYATT, G. Comparison of weight

loss among named diet programs in overweight and obese adults: A meta-analysis. **JAMA**, v. 312, p. 923–933, 2014.

KABAT-ZINN J. Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness. 2a. edição. New York (NY): Delta, 1990. 720 p.

KABAT-ZINN, J. Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, Present, and Future. American Psychological Association D12. **Clinical Psychology Science and Practice**, v. 10, nº 2, p. 144-156, June, 2003.

KATTERMAN SN, KLEINMAN BM, HOOD MM, NACKERS LM, CORSICA JA. Mindfulness meditation as an intervention for binge eating, emotional eating, and weight loss: A systematic review. **Eating Behavior**, v. 15, n. 2, p. 197-204, 2014.

KLOTZ-SILVA, J.; PRADO, S. D.; SEIXAS, C. M. Comportamento alimentar no campo da Alimentação e Nutrição: do que estamos falando?. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, p. 1103-1123, 2016.

KRISTELLER JL, WOLEVER RQ. Mindfulness-based eating awareness training for treating binge eating disorder: the conceptual foundation. **Eating Disorders**, v. 19, n.1, p. 49-61, 2011.

KRISTELLER JL, WOLEVER RQ, SHEETS V. Mindfulness-Based Eating Awareness Training (MB-EAT) for binge eating: a randomized clinical trial. *Mindfulness*, v. 5, n. 3, p. 282–297, 2014.

LEÃO, J. M. LISBOA, L. C. V.; PEREIRA, M. A.; LIMA, L. F.; LACERDA, K. C.; ELIAS, M. A. R.; AGUIAR, A. S.; LUQUETTI, S. C. P. D. Estágios motivacionais para mudança de comportamento em indivíduos que iniciam tratamento para perda de peso. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 64, n. 2, p. 107–114, 2015.

LUZ, F. Q. da; OLIVEIRA, M. da S. Terapia cognitivo-comportamental da obesidade: uma revisão da literatura. **Aletheia**, Canoas , n. 40, p. 159-173, 2013.

MÂNGIA, E. F.; BARROS, J. O. Projetos terapêuticos e serviços de Saúde Mental: caminhos para a construção de novas tecnologias de cuidado. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 20, n. 2. P. 85-91, 2009.

MAY, M. **Eat what you love, love what you eat**: How to Break Your Eat-Repent-Repeat Cycle. 1. ed. 2013, 406 p.

MANN,T; TOMIYAMA, AJ; WESTLING, E; LEW, AM; SAMUELS, B; CHATMAN, J. Diets Are Not the Answer. **Am Psychologist**, v. 62, n. 3, p. 220 - 233, 2007.

MINDFUL EATING E O EMAGRECIMENTO. Mindful Eating Brasil: Centro Brasileiro de Mindful Eating. 2019. Disponível em <<http://mindfuleatingbrasil.com.br/index.php/2016/11/10/mindful-eating-e-o-emagrecimento/>>. Acesso em: 12 de dezembro de 2019.

MIRANDA, A. B. S. DE. A abordagem centrada na pessoa (ACP). Disponível em: <<https://psicologado.com.br/abordagens/centrada-na-pessoa/a-abordagem-centrada-na-pessoa-acp>>

OLIVEIRA, Isabella de. **O peso da obesidade mórbida**. 1999. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=20482:o-peso-da-obesidade-morbida&catid=46>. Acesso em: 16 dez. 2019.

OLSON K; EMERY, CF. Mindfulness and Weight Loss: A Systematic Review. **Psychosomatic Medicine**, v. 77, n. 1, p. 59-67, 2015

PALOMBO, Claudia Nery Teixeira, et al. Dificuldades no aconselhamento nutricional e acompanhamento do crescimento infantil: perspectiva de profissionais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 5, p. 1000-1008, 2017.

PATTERSON, R. E; SEARS D. D. Metabolic Effects of Intermittent Fasting. **Annual Review of Nutrition**, v. 37, p. 371-393, 2017.

PRINCÍPIOS DO MINDFUL EATING. Mindful Eating Brasil: Centro Brasileiro de Mindful Eating. 2019. disponível em: <<http://mindfuleatingbrasil.com.br/index.php/principiosmindfuleating/>> Acesso em 12 de dezembro de 2019.

PROCHASKA, J. O. NORCROSS, J. C.; FOWLER, J. L.; FOLLICK, M. J.; ABRAMS, D. B. Attendance and outcome in a work site weight control program: Processes and stages of change as process and predictor variables. **Addictive Behaviors**, v. 17, n. 1, p. 35-45, 1992.

RAMAGE, S.; FARMER, A.; ECCLES, K. A.; McCARGAR, L. Healthy strategies for successful weight loss and weight maintenance: a systematic review. **Nutrients**, V. 39, nº 1, p. 1-20, 2014.

RAYNOR, H.A.; CHAMPAGNE, C. M. Position of the Academy of Nutrition and dietetics: interventions for the treatment of overweight and obesity in adults. **Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics**, v. 116, nº 1, p. 129-147, 2016.

ROSSY L. The mindfulness-based eating solution. 1a. edição. Oakland (CA): New Harbinger Publications; 2016. 224 p.

ROZIN, P.; FISCHLER, C.; IMADA, I.; SARUBIN, A. WRZESNIEWSKI, A. Attitudes to food and the role of food in life in the USA, Japan, Flemish, Belgium and France: possible implications for the diet-health debate. **Appetite**, v. 33, p. 163- 180, 1999.

RYNDERS, C. A.; THOMAS, E. A.; ZAMAN, A.; PAN, Z.; CATENACCI, V. A.; MELANSON, E. Effectiveness of Intermittent Fasting and Time-Restricted Feeding Compared to Continuous Energy Restriction for Weight Loss. **Nutrients**, v. 11, nº 10:2442, p. 1-23, 2019.

SACKS, F. M.; BRAY, G. A.; CAREY, V. J.; SMITH, S. R.; RYAN, D. H.; ANTON, S. D.; MCMANUS, K.; CHAMPAGNE, C. M.; BISHOP, L. M.; LARANJO, N.; et al. Comparison of weight-loss diets with different compositions of fat, protein, and carbohydrates. **New England Journal of Medicine**, v. 306, p. 859-873, 2009.

SANTOS, I. S.; VICTORA, C. G.; MARTINES, J.; GONÇALVES, H.; GIGANTE, D. P.; VALLE, N. J.; PELTO, G.. Avaliação da eficácia do aconselhamento nutricional dentro da estratégia do AIDPI (OMS/UNICEF). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo , v. 5, n. 1, p. 15-29, 2002 .

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. Sociedade Brasileira de Diabetes. Associação Brasileira para Estudo da Obesidade. I Diretriz de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, vol.84, suppl.1, São Paulo, 2005.

STROEBE, W; VAN, KONINGSBRUGGEN GM. Why Most Dieters Fail but Some Succeed: A Goal Conflict Model of Eating Behavior, **Psychological Review**, v. 120, n. 1, p. 110–138, 2013.

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. Humanização e Atenção Primária à Saúde. Ciênc. Saúde coletiva [online], v. 10, n.3, p.585-597, 2005. Disponível em :<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300016&lng=en&nrm=iso>.TELESSAUDESC. **Webpalestra - Possibilidades de tratamento da obesidade na APS**. 2017. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=eX6ProirM28>>. Acesso em: 16 dez. 2019.

TORAL, N.; SLATER, B. Abordagem do modelo transteórico no comportamento alimentar. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 12, n. 6, p. 1641–1650, 2007.

TRIBOLE, E.; RESCH, E. **Intuitive eating** - A revolutionary program that works. New York: St. Martin's Griffin; 2012.

ULIAN, M. D.; SATO, P. M.; ALVARENGA, M.; SCAGLIUSI, F. B. Aconselhamento nutricional versus prescrição. In: Alvarenga, M; Figueiredo, M; Timerman, F; Antonaccio C. (Org.). **Nutrição comportamental**. 1 ed.São Paulo: Manole, 2015, v. , p. 161-190

WARREN, JM; SMITH, N; ASHWELL, M. A structured literature review on the role of mindfulness, mindful eating and intuitive eating in changing eating behaviours: effectiveness and associated potential mechanisms. **Nutrition Research Reviews**, v. 30, n. 2, p. 272–283, 2017.

WHARTON, S; LAU, D; VALLIS, M.; et al. Obesity in adults: a critical guideline. **CMAJ**, v. 192, n. 31, p. 875-891, 2020.

YUMUK, V.; TSIGOS, C.; FRIED, M.; SCHINDLER, K.; Busetto, L.; MICIC, D.; TOPLAK, H. European guidelines for obesity management in adults. **Obesity Facts**, v. 8, nº 6, p. 402-424, 2015.

O Autocuidado no Enfrentamento da Obesidade e Promoção da Saúde

1 - ESTIGMA DA OBESIDADE

1.1. - ESTIGMA DE PESO

Apesar do reconhecimento da obesidade como uma condição crônica, de caráter multifatorial envolvendo fatores que estão fora do controle pessoal, frequentemente os indivíduos com obesidade são responsabilizados por seu excesso de peso. Nesse contexto, as pessoas tendem a atribuir características negativas a essas pessoas, como: preguiçosas, de baixa força de vontade, baixa autodisciplina e outros atributos ou estereótipos que dão origem à estigmatização social de indivíduos com obesidade (RUBINO et al., 2020; ALBERGA et al., 2016).

O estigma é uma construção ampla que envolve a desvalorização e condenação social das pessoas que não respondem aos padrões e características estabelecidos por parte da sociedade, levando à discriminação. As atitudes em relação ao estigma podem ser implícitas ou explícitas. (ROBSTAD et al., 2019; LUCK-SIKORSKI; RIEDEL-HELLER; PHELAN, 2017).

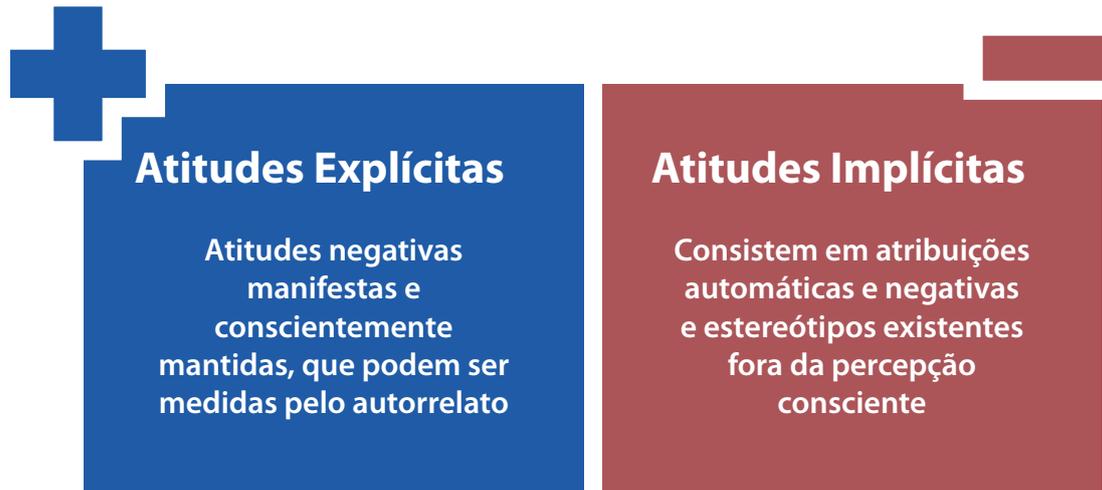
- **Explícitas:** dizem respeito àquelas atitudes conscientes e podem ser influenciadas pelo viés de desejabilidade social;
- **Implícitas:** são aquelas inconscientes e geralmente não são afetadas por vieses motivacionais.

Existe a crença de que o estigma de peso é justificável e pode motivar os indivíduos a adotarem comportamentos mais saudáveis. No entanto, estudos citados (CMAJ 2020), indicam que esse estigma de peso pode desencadear mudanças fisiológicas e comportamentais que contribuem para piora de marcadores metabólicos de saúde e para ganho adicional de peso, que contribuem para o aumento da morbidade e mortalidade independente do peso ou índice de massa corporal. Ademais, evidências demonstram inúmeras consequências negativas para a saúde mental e psicossocial dos indivíduos afetados, com efeitos negativos sobre a autoestima e autocuidado e, conseqüentemente, no comportamento alimentar (RUBINO et al., 2020).

Os impactos psicológicos envolvem a menor motivação para desenvolvimento de comportamentos saudáveis e maior risco de distúrbios alimentares, podendo envolver tanto compulsão alimentar, quanto comportamentos alimentares restritivos. Atitudes implícitas parecem prever comportamento impulsivo, enquanto atitudes explícitas preveem comportamento mais controlado. Ademais, os impactos psicológicos podem estar relacionados à maior incidência de ansiedade e depressão (ROBSTAD et

al., 2019; SIMPSON; GRIFFIN; MAZZEO, 2019; ARAIZA; WELLMAN, 2017; PUHL; SUH, 2015).

Figura 39 - Atitudes explícitas e implícitas do estigma



Fonte: Adaptado de ROBSTAD, 2019

Maior complexidade é adicionada a esse problema quando os indivíduos vulneráveis às experiências de estigma de peso internalizam essas atitudes antigorduras da cultura que os envolve, sendo particularmente prejudicial e estando associada, além de distúrbios alimentares, a atividade física reduzida, sofrimento psicológico e menores resultados no tratamento para perda de peso. Dessa forma, reduz a probabilidade de os indivíduos com obesidade perderem peso ou, até mesmo, contribuem para o ganho de peso ao longo do tempo (RUBINO et al., 2020; PUHL; HIMMELSTEIN, 2018).

O estigma de peso é difundido em diversos contextos, incluindo educação, emprego, relações interpessoais e cuidados de saúde. Em uma pesquisa breve feita pelo Centro Brasileiro de Mindful Eating – CBME foi possível perceber que 79% dos respondentes apontaram já terem se sentido estigmatizados com questões relativas ao peso, em algum momento de sua vida.

Existe um consenso geral de que viver com obesidade está associado com um estigma cultural. Esse estigma incorporado às práticas de saúde pode contribuir para as disparidades nessa área (ALBERGA et al., 2018; MENSINGER; TYLKA; CALAMARI, 2018).

1.1.1 - O Estigma de Peso na Saúde Pública

Na medida em que ocorre o aumento dos índices de obesidade e do estigma de peso, que é observado em vários contextos da vida, as pessoas com obesidade têm relatado discriminação frequente nos serviços de saúde. Assim, o estigma e o preconceito baseado no peso, além de representarem prejuízos diretos à saúde do indivíduo estigmatizado, também constituem barreiras aos cuidados de saúde, visto que atitudes negativas podem influenciar a qualidade da assistência (NAIR; SHEIKH; IBRAHIM, 2019; BREWIS; STURTZSREETHARAN; WUTICH, 2018; MENSINGER; TYLKA; CALAMARI, 2018).

Os profissionais de saúde com atitudes negativas em relação aos

indivíduos com obesidade tendem a gastar menos tempo nas consultas e a fornecer menos informações sobre saúde a esses pacientes, afetando negativamente a prática clínica e a qualidade do atendimento. Tais atitudes estão relacionadas às crenças de que os indivíduos com obesidade são preguiçosos, desmotivados e, portanto, considerados menos propensos a realizar mudanças no estilo de vida, recebendo menor consideração dos profissionais (JONES; FORHAN, 2019).



Alguns profissionais de saúde também tendem a assimilar outros problemas de saúde do indivíduo com o seu peso. Mesmo sem a realização de testes diagnósticos, podem prejudicar o rastreamento de outros problemas de saúde que vão além da questão do peso, deixando sem tratamento adequado (ANANTHAKUMAR et al., 2020).

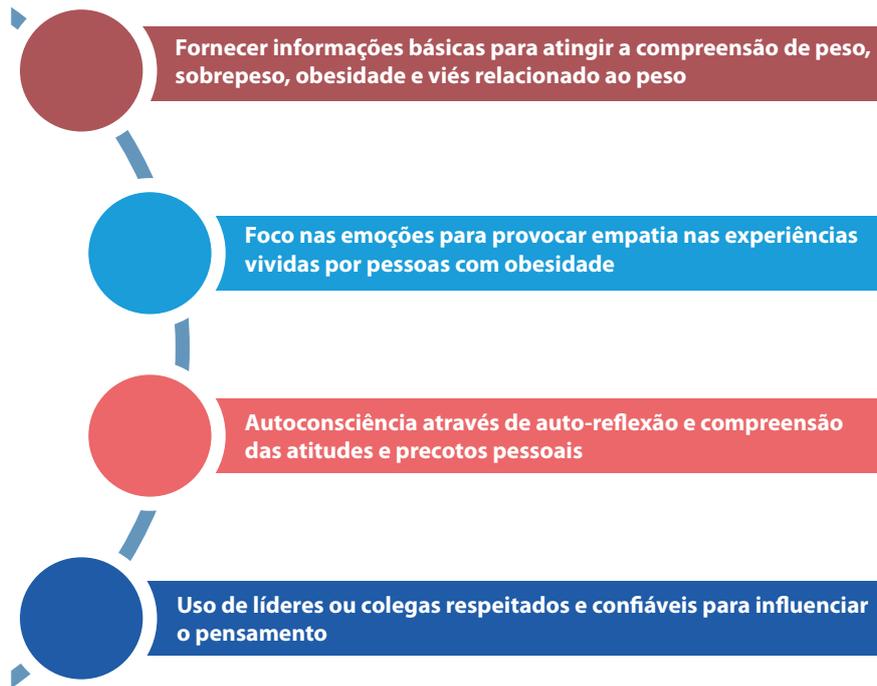
O ambiente físico dos cuidados de saúde também deve ser considerado quando o tema de estigma é discutido como uma barreira para o acesso aos cuidados de saúde. Locais com pequenas cadeiras e equipamentos pequenos, entre outros, também podem causar desconforto e representar uma barreira ao paciente (ALBERGA et al., 2016).

A vergonha ou constrangimento que os pacientes com obesidade relatam sentir no ambiente de saúde devido a esses fatores pode levá-los a cancelar consultas pelo medo de enfrentar estigma de peso. Dessa forma, há um prejuízo na futura utilização de serviços de saúde pelas pessoas com obesidade, que se sentem desencorajadas a buscar cuidados ou seguem as recomendações oferecidas pelos prestadores de serviço. Também são mais propensas a adiar ou renunciar ao tratamento promotor e preventivo, devido a problemas de viés, o que, por sua vez, aumenta o risco de desenvolver condições adversas de saúde (JONES; FORHAN, 2019; BREWIS; STURTZSREETHARAN; WUTICH. 2018).

Embora a discriminação de peso seja generalizada em nossa sociedade e suas consequências estejam descritas na literatura, poucos esforços foram feitos para enfrentá-la. Ainda não se sabe quais são as abordagens eficazes, de fato, na redução da estigmatização de pessoas com obesidade no contexto de saúde.

O objetivo da APS deve ser melhorar a saúde, longevidade e qualidade de vida, por meio da prestação de cuidados centrados no paciente, sem exclusão ou discriminação (RAMOS SALAS et al., 2017). Algumas abordagens foram propostas para a redução do estigma (Figura 40).

Figura 40 - Abordagens utilizadas para reduzir o estigma de peso



Fonte: Adaptado de JONES; FORHAN, 2019

A maior conscientização do estigma que os indivíduos com obesidade enfrentam na saúde e na vida cotidiana é de suma importância para a melhoria da saúde e qualidade de vida - embora a conscientização sozinha não seja suficiente para solucionar o problema (RUBINO et al., 2020). Falar sobre isso possibilita algumas reflexões sobre como os profissionais de saúde podem contribuir para que os serviços de saúde e os profissionais, que ali trabalham, permitam alívio do sofrimento associado ao estigma da obesidade, ao invés de consolidá-lo.

É importante pensar em intervenções que combinem diferentes tipos de abordagem, envolvendo esforços de diferentes setores, incluindo profissionais de saúde, pesquisadores, formuladores de políticas, pacientes e mídia.

A forma como a mídia e as campanhas de saúde trabalham a obesidade - na maioria das vezes enfatizando os contribuintes em nível individual para perda de peso, como alimentação e atividade física - pode levar os indivíduos à crença de que a obesidade é controlável, uma condição autoinfligida, que depende apenas da vontade pessoal para ser alterada.

Porém, os profissionais de saúde têm a oportunidade de enfrentar esse estigma liderando exemplos positivos com sua linguagem, física e verbal. Abaixo estão algumas indicações bem práticas (adaptado de Albury et al, 2020).

Seja positivo:

- Concentre-se nos ganhos que podem ser alcançados pelo gerenciamento de peso, em vez de os potenciais efeitos negativos de não abordar a obesidade

Seja prestativo e solidário:

- Oferecer ajuda e aconselhamento específicos, quando apropriado;
- Orientar e reorientar as pessoas para obter mais informações e serviços locais;
- Reconheça que existem muitas caminhos para perder peso e que o que

funciona para um pode não funcionar para todos.

Esteja ciente da comunicação não verbal:

- Falar sobre obesidade é difícil; garantir que a linguagem corporal reconheça essa dificuldade envolvendo-se de uma maneira que seria considerada apropriada para qualquer outra doença

Seja colaborativo:

- Sempre que possível, construa objetivos significativos e específicos juntos
- A alteração percentual no peso ou mesmo a neutralidade do peso não devem ser usadas como uma meta, mas sim um passo em direção a alcançar um resultado significativo centrado na pessoa

Ser compreensivo:

- Até 80% da obesidade pode ser determinada geneticamente
- Certifique-se de não atribuir culpa, mas de reconhecer as dificuldades enfrentadas pela pessoa

Tenha consciência ambiental:

- Cadeiras com braços e limites de peso podem ser restritivas
- Espaços apertados com cadeiras de encosto podem ser difíceis de navegar
- Equipamentos médicos apropriados devem estar disponíveis, incluindo balanças que pesam até 150 kg em um espaço privado e uma variedade de manguitos de tamanhos diferentes para medir a pressão arterial

Essa crença, por sua vez, leva a suposições sobre pessoas com obesidade de que elas não têm força de vontade e não se importam consigo mesmas, contribuindo para o estigma.



Diante disso, outras questões como o ambiente alimentar, também devem ser trabalhadas nas campanhas e políticas de saúde. Os riscos à saúde do excesso de peso não deveriam ser apresentados de forma que o indivíduo estaria no controle de sua saúde e bem-estar.

2. CUIDADO E AUTOCUIDADO

2.1 CUIDADO

O cuidado da saúde primeiramente foi entendido como as pessoas deveriam cuidar de si, da sua família e da comunidade a que pertenciam. Esse cuidado era tarefa das mulheres; elas eram responsáveis pelos doentes de sua família.

Posteriormente, com o avanço das tecnologias, o cuidado da saúde passou a ser responsabilidade dos profissionais da saúde, tendo o médico como principal ator. Diante da profissionalização do cuidado, ocorreu gradualmente a privação do direito do indivíduo de cuidar de si, com restrição sobre as informações da sua situação de saúde de sua participação sobre as decisões a serem tomadas para o seu cuidado (LANGE et al., 2006).



Somente em 1978, com a Declaração de Alma-Ata, os indivíduos tiveram seu direito de participar do planejamento e execução do cuidado da saúde, individual e/ou coletivo reconhecido. A partir de então, o acesso à informação e a outros conhecimentos necessários para o seu cuidado permitiu construir uma horizontalidade do cuidado entre o usuário e os profissionais da saúde (LANGE

et al., 2006).



SAIBA MAIS: Para ter acesso ao documento na íntegra Declaração de Alma-Ata, basta acessar o link: http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf

Hoje, na atual conjuntura do SUS, entendemos que o cuidado do usuário deve ser realizado de forma integral. No entanto, sabe-se também que esse atual modelo não vem obtendo êxito em promover a integralidade da atenção, principalmente pela fragmentação do cuidado, como já discutimos nos módulos anteriores (BRASIL, 2013).

Apesar da atenção integral ser mais efetiva quando o cuidado é organizado em rede, a formação de redes integradas e regionalizadas de atenção à saúde tem seus desafios estruturais, organizacionais e epidemiológicos (BRASIL, 2013).

2.1.1 - Autocuidado

O conceito de autocuidado relaciona-se ao benefício que os indivíduos realizam em prol da sua própria saúde, de seus familiares e da comunidade ao seu redor, sem supervisão direta de um profissional da saúde. O conceito de autocuidado pode sofrer influência, dependendo do contexto cultural e social em que se encontra inserido. Assim, podemos entender autocuidado como ações que promovem a saúde, previnem doenças e/ou tratam sintomas (LANGE et al., 2006).

O sucesso do tratamento das DCNT depende da participação efetiva, com envolvimento do usuário no planejamento e execução do seu plano de cuidado (BRASIL, 2013).

A prevenção da obesidade exige uma atitude de autocuidado que provoque mudanças no estilo de vida, com práticas alimentares mais saudáveis, atividade física regular e alívio do estresse. A adesão ao plano de cuidado não depende apenas de uma prescrição profissional, mas de uma conscientização do usuário sobre sua condição de saúde e a relação dela com seu estilo de vida (BRASIL, 2013).

É importante ressaltar que para o autocuidado é necessário reconhecer o papel do usuário em relação à sua saúde e ao cuidado sobre ela, desenvolvendo autorresponsabilidade e transformando o profissional de saúde e toda rede de atenção em parceiros (MENDES, 2012).

Porém, não basta apenas o reconhecimento do papel das pessoas com DCNT e sua rede de apoio (familiares e amigos) sobre sua condição de saúde. É fundamental que todos os envolvidos estejam informados, motivados a lidar com a enfermidade e adequadamente capacitados para cumprirem com o seu plano de tratamento.

Tais fatores são importantes, pois são problemas que os portadores e sua rede de apoio convivem diariamente e por longo período de tempo, ou por toda a vida. Assim precisam compreender em sua totalidade a enfermidade, reconhecer os sinais de alerta das possíveis complicações e saber como e onde recorrer. Os resultados são menos sintomas, menos complicações, menos incapacidades (BRASIL, 2014).

É preciso ficar claro que o autocuidado não é de responsabilidade apenas do indivíduo, mas sim uma corresponsabilidade entre os profissionais para com esse usuário e todo sistema de saúde



envolvido no seu tratamento.

2.1.2 - Autocuidado Apoiado

O autocuidado não é tarefa exclusiva do usuário. Os profissionais da saúde, principalmente aqueles que compõem as equipes de AB, devem estimular e empregar procedimentos de colaboração e diálogo. Tais procedimentos envolvem os saberes de cuidar de si e os saberes de cuidar do outro, em que todos os envolvidos tenham sua participação incluída, e não se trate apenas de decisões unilaterais, que são menos efetivas (BRASIL, 2014).

O cuidado apoiado pode ser desenvolvido de várias formas, como aquelas apresentadas na figura 41.

Figura 41 – Formas de se desenvolver o autocuidado apoiado



Fonte: Adaptado de Brasil, 2014

A colaboração para o autocuidado apoiado entre a equipe de saúde e os indivíduos pode ser realizada na definição do problema, no estabelecimento de metas, no monitoramento, criação do plano de cuidado e resolução de possíveis dificuldades. Para que o autocuidado apoiado aconteça, é importante que os profissionais estejam treinados, principalmente em como dialogar com os usuários para haja colaboração de todas as partes (MENDES, 2012; BRASIL, 2013).

Para favorecer a adesão às mudanças comportamentais, os profissionais podem utilizar a técnica dos Cinco A's: avalie, aconselhe, acorde (pactue), assista e acompanhe (quadro 46). Essa técnica nos permite reconhecer a relação do indivíduo com a sua situação de saúde e, assim, o profissional consegue orientar e apoiar o autocuidado (CAVALCANTI; OLIVEIRA, 2012).



QUADRO 48 - TÉCNICA “5 A’s”.

INTERVENÇÃO	TÉCNICA
Avalie	Avalie o conhecimento e as ideias da pessoa sobre seu estilo de vida e sua condição de saúde, assim como o grau de motivação e confiança para assumir comportamentos mais saudáveis.
Aconselhe	Aconselhe, por meio de abordagem motivacional e educação autodirigida. Forneça informação à medida que a pessoa relate o que sabe sobre sua condição e quais dúvidas têm sobre ela. Verifique o que ela entendeu das recomendações, oriente e treine as habilidades necessárias para situações específicas.
Acorde (pactue)	Estabeleça uma parceria com a pessoa para construir colaborativamente um plano de ação com a pactuação de metas específicas, mensuráveis e de curto prazo. Avalie o grau de confiança em alcançar a meta, considerando o contexto.
Assista	Dê assistência ao processo de mudança – auxilie no planejamento, na elaboração e adequações dos planos de ação; treine habilidades como a resolução de problemas, o automonitoramento e a prevenção de recaídas; avalie deslizes e recaídas; forneça material de apoio
Acompanhe	Acompanhe e monitore periodicamente o processo, principalmente nas fases iniciais, em intervalos curtos, elaborando com a pessoa as adequações do plano de ação e pactuando novas metas.

Fonte: CAVALCANTI & OLIVEIRA, 2012.



SAIBA MAIS Baixe ou acesse o referencial Autocuidado apoiado: Manual do profissional da saúde, produzido pela Prefeitura de Curitiba (PR). Nele você encontra o detalhamento de cada item da técnica dos Cinco “As”. Clique no link: <ftp://balcao.saude.ms.gov.br/horde/telessaude/apresentacao/2014/Autocuidado-Apoiado.pdf>

Ainda citamos algumas habilidades, atitudes e instrumentos de apoio para que os profissionais de saúde possam auxiliar no autocuidado (Figura 42).

Figura 42 – Formas de apoiar o autocuidado



É importante destacar que o autocuidado apoiado terá maior efetividade se forem utilizados recursos educativos, tais como: *folders*, vídeos, informativos *on-line*, etc.; programas de intervenção nas unidades da ESF relativos aos fatores de risco para as DCNT; recursos comunitários na área de abrangência da unidade da ESF como apoio ao autocuidado. Dependendo do problema, a aquisição de recursos materiais para facilitar o autocuidado, como medicamentos e equipamentos de saúde, pode ser necessária (MENDES, 2012).

2.1.3 - O Plano de Cuidado

Falamos muito sobre o plano de cuidado e você deve estar se perguntando sobre o que ele trata. O autocuidado é centrado na pessoa, no diálogo entre profissionais e os usuários, e propõe a construção de um plano de cuidados a partir de uma prioridade escolhida conjuntamente (BRASIL, 2014).

O plano de cuidado é elaborado pela equipe da ESF conjuntamente com cada usuário e deve conter metas a serem cumpridas em determinados períodos de tempo. Nessa relação, não deve haver verticalização das decisões, ou seja, não há quem prescreva e quem faz o que foi estabelecido. A equipe e o usuário participam proativamente na elaboração, monitoramento e avaliação do plano de cuidado, ao longo do tempo (MENDES, 2012).



O plano de cuidado deve considerar o diagnóstico físico, psicológico e social feito pela equipe, com definição dos responsáveis na equipe multiprofissional, e a explicitação das intervenções de curto, médio e longo prazos. Além da elaboração conjunta de metas a serem cumpridas, o plano deve conter a definição dos passos para se atingir as metas; a identificação dos obstáculos e as ações para superá-los. Também são importantes o suporte e os recursos necessários para alcançar as metas e o monitoramento constante e conjunto das metas ao longo do tempo (MENDES, 2012).

É o plano de cuidado que coloca, efetivamente, a pessoa usuária como o centro da APS, com a colaboração da equipe da ESF e com o apoio de um sistema eficaz de informações em saúde.



SAIBA MAIS! No livro *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*, de Eugênio Vilaça Mendes, você encontra tudo o que precisa saber para elaborar, implementar e monitorar o plano de cuidado. Clique no link http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf

3 - COMPAIXÃO E AUTOCOMPAIXÃO

3.1 - COMPAIXÃO

De acordo com a definição do dicionário, compaixão significa “sentimento de pesar, de tristeza causada pela adversidade alheia e que desperta a vontade de ajudar, de confortar quem dela padece”; ou ainda: “Sentimento de piedade com o sofrimento alheio; comiseração, piedade” (Dicionário online). Nesse sentido, entende-se por compaixão o sentimento de querer aliviar a aflição daquele que sofre.

Portanto, compaixão é uma característica que deveria ser essencial no exercício dos profissionais de saúde, uma vez que poderia ser capaz de amenizar a culpa sentida pela pessoa diante do seu estado de saúde e, dessa forma, facilitar o tratamento.



Todavia, atualmente, alguns serviços em saúde têm como campanha “atendimento humanizado”, que pressupõe que os atendimentos apresentam características de indignidade: diálogo limitado entre profissional e paciente, tempo insuficiente de consulta, culpabilização do paciente pela doença, entre outros.

Nesse contexto, o ambiente das organizações de saúde se apresenta estressante e complexo, de modo que favorece o comportamento “automatizado” do profissional dessa área. A assistência à saúde relaciona-se com a prática interpessoal que, necessariamente, precisa estar apoiada em princípios organizacionais e de gestão em saúde (NETO, 2017).

Entretanto, como a reestruturação das organizações em saúde demanda grandes esforços, é importante que o tempo não seja desperdiçado e a mudança para um atendimento mais compassivo, por meio dos profissionais dessa área, se inicie o mais rápido possível.



Como o profissional de saúde pode ser mais compassivo em seus atendimentos?

Conforme vimos, é inviável esperar que as condições estruturais para o atendimento estejam 100% adequadas para, então, poder iniciar uma consulta mais humanizada. Desse modo, sugere-se que nos atendimentos sejam exercitadas algumas práticas, tais como:

- **Escuta ativa:** O profissional de saúde deve demonstrar interesse genuíno e sem julgamentos pela queixa do paciente. Essa técnica sugere que, ao final da conversa, o receptor da informação (no caso, o profissional de saúde) repita resumidamente com suas palavras o que foi dito pelo paciente.
- **Empatia:** É o exercício afetivo e cognitivo de buscar interagir percebendo a situação vivida por outra pessoa. De modo mais simplificado, podemos dizer que é a capacidade de se colocar no lugar do outro.
- **Tolerância:** Em algumas ocasiões, as pessoas não reconhecerão e não agradecerão pelo atendimento de saúde. Dessa forma, é importante se concentrar no fato de que uma de suas funções é minimizar o sofrimento do outro, mesmo que isso não gere reconhecimento.
- **Autocompaixão:** Praticar a autocompaixão contribui para se ter mais satisfação na vida, autoconfiança, amor próprio, além de ajudar a melhorar a saúde física e emocional. Dessa forma, é interessante que além de empregar a compaixão nos atendimentos, o profissional de saúde também exerça a autocompaixão.

(Adaptado de ABRALE – Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia, 2016.)

3.1.1 - Autocompaixão

Uma vez compreendida a definição de compaixão, a autocompaixão é ser compassivo consigo; é tratar a si mesmo como a um amigo que está com dificuldades. De modo mais completo, a autocompaixão compreende três elementos essenciais (NEFF, 2019). São eles:

1. **Autobondade:** Ser bondoso com si próprio, ao invés de ser autocrítico. É preciso cordialidade e aceitação incondicional.
2. **Humanidade compartilhada:** Reflete a compreensão de que todos os seres humanos são uma obra em andamento e que falham.
3. **Mindfulness:** Abrange estar consciente das experiências, momento a momento, de maneira clara e equilibrada. Esse elemento requer voltar ao sofrimento, reconhecê-lo e observar, sem julgar, para agir com gentileza.

EXERCÍCIO PARA PERCEPÇÃO

Você tem sido autocompassivo?

Seu amigo próximo acabou de perder o emprego. Como você age com ele? O que diria a ele? Que tom de voz usaria? Como seria a sua postura? E a comunicação não verbal?

E se você perdesse o emprego, como seria sua reação consigo? Os conselhos que daria a você mesmo seriam iguais aos que deu ao seu amigo? Usaria o mesmo tom de voz e mesma postura?



Por que, na maioria das vezes, nos tratamos de forma mais dura? Como você tem agido consigo diante das adversidades da vida? Como você tem tratado seu paciente na unidade de atendimento?

3.1.2 - Autocompaixão E Obesidade

Os indivíduos com sobrepeso e obesos são expostos frequentemente a preconceitos de peso, incluindo estereótipos negativos e preconceitos, como atribuições de culpa ou incompetência que podem se estender à discriminação real. Tais situações geram neles a autoestigmatização, ou seja, crenças negativas sobre si mesmo, o que é prejudicial ao tratamento da doença.

Assim, pesquisadores de todo o mundo têm se dedicado a estudar os efeitos de práticas alternativas, como *mindfulness* e autocompaixão sobre o efeito da obesidade e outras doenças.

Sobre o tema, um estudo de Portugal investigou a associação entre a autoaversão e a autocompaixão entre 203 homens e mulheres com sobrepeso e obesidade. Nele, as mulheres relataram níveis mais altos de autoaversão e psicopatologia alimentar e níveis mais baixos de autocompaixão, quando comparadas aos homens. O efeito de autoaversão na psicopatologia alimentar ocorreu parcialmente devido à incapacidade de serem autocompassivos (PALMEIRA, et al, 2017).

Esse mesmo grupo de cientistas realizou outra intervenção em grupo com 53 mulheres, durante três meses. A intervenção contemplou 10 sessões de terapias diversas, como *mindfulness*, *mindful eating*, autocompaixão, autocrítica, bondade, psicoeducação em relação aos alimentos e emoções. Ao final do estudo, foi verificado aumento da qualidade de vida, atenção plena e habilidades de autocompaixão e diminuição do autoestigma, alimentação emocional, vergonha, evasão experimental relacionada ao peso, autocrítica e IMC entre as participantes (PALMEIRA, 2017).

Na Inglaterra, uma pesquisa com 546 adultos universitários investigou a relação entre atenção plena, alimentação consciente, autocompaixão e consumo de gordura e açúcar. A pesquisa concluiu que alguns aspectos negativos, como isolamento e autocrítica, mostraram uma relação positiva significativa com o consumo de gordura e açúcar (MANTZIOS, et al, 2018).

Assim, percebe-se que a prática de autocompaixão poderia atuar no controle de distúrbios mentais e globais à saúde, também vinculados ao autoestigma de sobrepeso e obesidade. Portanto, pode representar um alvo de intervenções para reduzir complicações emocionais e prevenir determinados problemas de saúde.



4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRALE – Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia. Atendimento humanizado à saúde: você sabe reconhecer? Disponível em: <<https://abrale.org.br/atendimento-humanizado-a-saude>>.

ALBERGA, A. S. et al. Weight bias reduction in health professionals: a systematic review. **Clinical Obesity**, v. 6, n. 3, p. 175-188, 2016.

ALBERGA, Angela S. et al. Canadian Senate report on obesity: focusing on individual behaviours versus social determinants of health may promote weight stigma. **Journal of obesity**, v. 2018, 2018.

ALBURY, C; STRAIN, W D; BROCCO, S L; LOGUE, J; LLOYD, C; TAHRANI, A.; et al. The importance of language in engagement between health-care professionals and people living with obesity: a joint consensus statement. **The Lancet Diabetes Endocrinology**, v. 8, n. 5, p. 447 - 455, 2020.

ANANTHAKUMAR, Thanusha et al. Clinical encounters about obesity: Systematic review of patients' perspectives. **Clinical Obesity**, v. 10, n. 1, p. e12347, 2020.

ARAIZA, A. M., WELLMAN, J. D. Weight stigma predicts inhibitory control and food selection in response to the salience of weight discrimination. *Appetite* v.1, n.14, p.382–390, 2017.

BLACKBURN, Maxine; STATHI, Afroditi. 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 à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília, 2013. 28 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20_cuidado_pessoas%20_doencas_cronicas.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília, 2014. 162 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf.

BREWIS, Alexandra; STURTZSREETHARAN, Cindi; WUTICH, Amber. Obesity stigma as a globalizing health challenge. **Globalization and health**, v. 14, n. 1, p. 20, 2018.

CAVALCANTI, A. M.; OLIVEIRA, A. C. L. (Org.). **Autocuidado apoiado: manual do profissional de saúde**. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde, 2012. 92 p. Disponível em: <<http://apsredes.org/site2012/wpcontent/uploads/2012/06/Autocuidado-Apoiado.pdf>>.

FREDERICK, David A.; SAGUY, Abigail C.; GRUYS, Kjerstin. Culture, health, and bigotry: How exposure to cultural accounts of fatness shape attitudes about health risk, health policies, and weight-based prejudice. **Social Science & Medicine**, v. 165, p. 271-279, 2016.

JONES, C. Allyson; FORHAN, Mary. Addressing weight bias and stigma of obesity amongst physiotherapists. **Physiotherapy theory and practice**, p. 1-9, 2019.

LANGE, I. L. T. A. et al. **Fortalecimiento del autocuidado como estrategia de la Atención Primaria en Salud: la contribución de las instituciones de salud em América Latina**. Geneva: OPAS, 2006.

LUCK-SIKORSKI, C.; RIEDEL-HELLER, S. G.; PHELAN, J. C. Changing attitudes towards obesity—results from a survey experiment. **BMC public health**, v. 17, n. 1, p. 373, 2017.

MANTZIOS, M. et al. Mindfulness, self-compassion, and mindful eating in relation to fat and sugar consumption: an exploratory investigation. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. n. 23, p. 833-840, 2018.

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

MENSINGER, Janell L.; TYLKA, Tracy L.; CALAMARI, Margaret E. Mechanisms underlying weight status and healthcare avoidance in women: a study of weight stigma, body-related shame and guilt, and healthcare stress. **Body Image**, v. 25, p. 139-147, 2018.

NAIR, Satish Chandrasekhar; SHEIKH, Saba Munib; IBRAHIM, Halah. Higher physician body mass index is associated with increased weight bias in an Arab Country with high prevalence of obesity. **International journal of preventive medicine**, v. 10, 2019.

NEFF, K.; GERMER, C. Manual do Mindfulness e autocompaixão – Um guia para construir forças internas e prosperar na arte de ser seu melhor amigo: 1. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

NETO, A. Compaixão nas Organizações de Saúde. Disponível em: < HYPERLINK "about:blank" <https://setorsaude.com.br/antonioquinto/2017/09/22/compaixao-nas-organizacoes-de-saude/>>.

PALMEIRA, L.; CUNHA, M.; PINTO-GOUVEIA, J. Processes of change in quality of life, weight self-stigma, body mass index and emotional eating after an acceptance, mindfulness and compassion-based group intervention (Kg-Free) for women with overweight and obesity. *Journal of Health Psychology*. vol 24, n. 8. p. 1056-1069, 2017.

PALMEIRA, L.; PINTO-GOUVEIA, J.; CUNHA, M. The role of self-disgust in eating psychopathology in overweight and obesity: Can self-compassion be useful?. *Journal of*

PUHL, Rebecca M.; HIMMELSTEIN, Mary S. Weight bias internalization among adolescents seeking weight loss: Implications for eating behaviors and parental communication. **Frontiers in psychology**, 2018.

PUHL, Rebecca; SUH, Young. Stigma and eating and weight disorders. **Current psychiatry reports**, v.17, n.3, p.10, 2015.

RAMOS SALAS, X. et al. Addressing weight bias and discrimination: moving beyond raising awareness to creating change. **Obesity Reviews**, v. 18, n. 11, p. 1323-1335, 2017.

ROBSTAD, Nastasja et al. Intensive care nurses' implicit and explicit attitudes and their behavioural intentions towards obese intensive care patients. **Journal of Advanced Nursing**, v. 75, n. 12, p. 3631-3642, 2019.

ROGERS, C. A Way of Being. Mariner Books, Boston, 1995.

RUBINO, Francesco, et al. Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. **Nature Medicine**, p. 1-13, 2020.

SIGNIFICADO DE COMPAIXÃO. Disponível em: < <https://www.dicio.com.br/comaixao/>>.

SIMPSON, Courtney C.; GRIFFIN, Brandon J.; MAZZEO, Suzanne E. Psychological and behavioral effects of obesity prevention campaigns. **Journal of health psychology**, v. 24, n. 9, p. 1268-1281, 2019.

Considerações Finais

Neste livro, abordamos aspectos importantes a respeito da prevenção, do diagnóstico e do tratamento da obesidade na APS. Discutimos as ações de prevenção do sobrepeso/obesidade nas fases da vida, de modo que possam de fato atender as especificidades biopsicossociais de cada fase. Também apresentamos diversos indicadores e critérios para o diagnóstico e monitoramento das pessoas com obesidade e ou, comorbidades associadas. Nesse sentido, destacamos a importância do diagnóstico precoce e reconhecimento dos fatores de risco em todos os seus âmbitos, para assim sermos capazes de aumentar a resolubilidade das ações preventivas e terapêuticas para controle do peso e desenvolvimento de outras doenças crônicas, que causam declínio expressivo na qualidade de vida dessas pessoas e risco de mortalidade. Por fim, apresentamos várias abordagens no tratamento do sobrepeso/obesidade baseadas em evidências científicas, de modo que possam avaliar as opções com senso crítico e de modo adequado às necessidades de cada usuário dos serviços de saúde. Sem restrição, também trouxemos um tema muito importante, para criação de um novo olhar entre nós, profissionais da saúde, e sobre o estigma da obesidade.

Em todos os momentos, ressaltamos a importância que a atuação multiprofissional e intersetorial possui no cuidado integral do indivíduo com sobrepeso/obesidade na rede. Esperamos que você se aproprie do conteúdo disponibilizado nesse livro, inserindo-o na sua experiência profissional e realidade local de trabalho, para uma atuação profissional no manejo da obesidade mais confiante e efetiva.

Então, gostou de saber tudo sobre a Prevenção, diagnóstico e tratamento da obesidade?

Você se interessou pelo conteúdo, mas quer ir além?



O que você acha de baixar nossos outros livros digitais da coleção **“Enfrentamento da obesidade no Sistema Único de Saúde (SUS): estratégias para profissionais de saúde”** sobre os temas, **Políticas de Alimentação, Nutrição e Saúde no âmbito da Atenção Básica e Novas tendências para o cuidado do indivíduo com obesidade na Atenção Básica de Saúde?** Essa é uma oportunidade valiosa para aprimorar o seu conhecimento.

Veja também a Coleção: **Enfrentamento da obesidade no Sistema Único de Saúde (SUS): estratégias para gestores de saúde!!!**



