

PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA LIMA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

# LINHA DE CUIDADO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS



**NOVA LIMA** Prefeitura  
Cidade para todos

PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA LIMA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

# LINHA DE CUIDADO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

VOLUME IV  
Obesidade



**NOVA LIMA** Cidade  
prefeitura para todos

## **NOVA LIMA 2025**

### **Prefeito Municipal**

João Marcelo Dieguez Pereira

### **Vice-prefeita Municipal**

Cissa Caroline Ferreira Souza

### **Secretária Municipal de Saúde**

Alice Neto Ferreira de Almeida

### **Subsecretária Executiva**

Sheila Nara Ferreira

### **Subsecretária de Atenção Integral e Cuidados Primários**

Dayanna Mary De Castro

### **Subsecretária de Atenção Especializada e Emergencial**

Carolina De Castro Figueiredo Resende

### **Subsecretária de Atenção à Saúde**

Karla Morais Seabra Vieira Lima

### **Subsecretária de Gestão Administrativa e Operacional da Saúde**

Isabel Cristina Alves

### **Subsecretária de Gestão Orçamentária e Controle Interno da Saúde**

Natália Diegues Marchezini

### **Elaboração**

Adriana Nunes de Oliveira Mendes

Alberto Sissao Sato

Alexandre Andrade Leite

Angélica Luciana Barbosa Soares Machado

Arthur Romani Barbosa Costa

Carolina De Castro Figueiredo Resende

Carolina Nayara Moreira Dias

Caroline Romani

Dayane de Oliveira Aguiar

Dayanna Mary Castro

Débora Fernandes Rodrigues

Dênia Aparecida Ferreira Do Carmo

Eneida Fernanda Lopes Magalhaes

Erick Lopes Magalhaes

Fernanda Amaral Rodrigues Chaves

Fernanda Carolina Pereira Anacleto

Flavia Cristina Jacome Machado

Gelcira Socorro Esteves Nascimento

Gustavo Dayrell Ribeiro Da Gloria  
Helena David Souza Pinto  
Helena Perez Azevedo  
Irlene Aparecida Silva Nunes  
Isa Cristina da Silva Gurgel  
Jaqueline Araujo Nunes  
Jéssica da Cruz Arantes  
Juliana Clemente Furtado  
Karla Morais Seabra Vieira Lima  
Lorena Cristina de Oliveira Fernandes  
Luana Maria Guerra Juventino Dias  
Luciana Mendes Pires  
Luis Gustavo Ferreira  
Michel Marques De Magalhaes  
Michele Batista Soares  
Natalia Caroline de Carvalho  
Natalia Christina Boaventura Vaz  
Patrícia dos Anjos Godefroid  
Raphaela Godinho Sales  
Rodrigo Vicente Moraes de Paula  
Sandro Rossi Lara  
Sheila Nara Ferreira  
Tarsila Emiliane da Cruz Costa

**Revisão técnica**

Flávia Cristina Jácome Machado  
Lívia Izabela Martins Garcia  
Patrícia dos Anjos Godefroid  
Renier de Moraes Torres Junior

**Revisão de texto**

Carolina Andrade Junqueira Lopes  
Lívia Izabela Martins Garcia

**Normalização**

Carolina Andrade Junqueira Lopes

## APRESENTAÇÃO

As **Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)** constituem o grupo de doenças de maior impacto em morbimortalidade no Brasil e no mundo. São agravos multifatoriais que, habitualmente, apresentam início gradual, longa duração ou duração incerta, e cujo tratamento faz parte de um processo contínuo ou prolongado, podendo ou não haver possibilidade de cura.

Nas últimas décadas, o Brasil vem vivenciando uma transição demográfica e epidemiológica que, por diversos aspectos, favorece a concomitância de doenças infecciosas — emergentes e reemergentes — e da crescente prevalência das DCNT e de seus fatores de risco. Nesse contexto, a tradicional classificação entre doenças transmissíveis e não transmissíveis já não reflete adequadamente a cronicidade de várias doenças infecciosas, tampouco a necessidade de uma abordagem de saúde orientada pelos ciclos de vida.

Esse cenário exige que os serviços assistenciais se reorganizem, preparando-se para oferecer respostas distintas do modelo centrado em condições agudas. Além disso, evidencia-se, cada vez mais, a importância dos determinantes sociais — como escolaridade, desigualdade social e acesso a bens e serviços — diretamente associados ao surgimento e à evolução das doenças crônicas.

Segundo o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030, elaborado pelo Ministério da Saúde, em 2019 foram registrados 738.371 óbitos por DCNT no país, sendo que 41,8% ocorreram de forma prematura (entre 30 e 69 anos de idade).

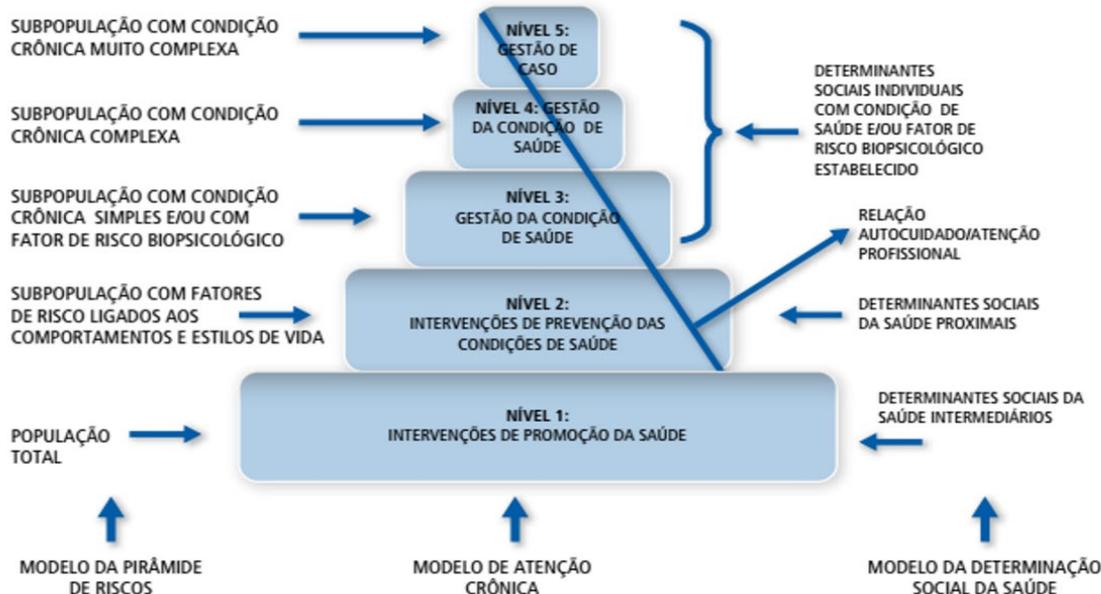
Na população acima de 50 anos, as doenças do aparelho circulatório ocuparam o primeiro lugar, por capítulos da Classificação Internacional de doenças (CID-10), seguidas pelas neoplasias malignas e pelas doenças do aparelho respiratório. Por sua magnitude, as DCNT demandam altos gastos em saúde e têm forte impacto econômico, decorrente do absenteísmo, aposentadorias e óbitos na população economicamente ativa.

A complexidade dessa situação não pode ser enfrentada com sucesso por sistemas de atenção à saúde fragmentados, voltados predominantemente para condições agudas, estruturados em um modelo reativo e episódico, focado na doença e sem protagonismo das pessoas em seu autocuidado.

Torna-se indispensável uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) articulada, cooperativa e interdependente, coordenada pela Atenção Primária à Saúde (APS), com comunicação efetiva entre todos os níveis de atenção, capaz de oferecer um cuidado contínuo e integral.

Diversos modelos e ferramentas foram desenvolvidos para apoiar a organização dos processos de trabalho voltados ao cuidado de pessoas com condições crônicas. Alguns deles foram adaptados e expandidos para atender às especificidades de um sistema público de saúde universal, como é o Sistema Único de Saúde (SUS). Nessa perspectiva, Eugênio Vilaça Mendes propôs o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), que integra três outros modelos de cuidado em saúde, visando atender às necessidades complexas da RAS diante das DCNT (Figura 1).

**Figura 1 - O Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC)**



Fonte: Mendes, 2012.

Analisando a figura da direita para a esquerda, a primeira coluna refere-se ao Modelo Pirâmide de Risco (MPR), que considera a estratificação de riscos da população, relacionando-a às

estratégias de intervenção necessárias e variando o grau de apoio ao autocuidado e ao cuidado profissional.

Na coluna do meio, observam-se os cinco níveis de intervenções de saúde propostos, inspirados no Modelo de Atenção Crônica (CCM, do inglês *Chronic Care Model*), divididos em intervenções promocionais, preventivas e de gestão da clínica, que englobam as tecnologias de gestão da condição de saúde ou de gestão de caso.

Já na coluna da direita, observa-se a influência dos determinantes sociais de saúde, baseados no modelo de determinação social da saúde de Dahlgren e Whitehead ([Figura 2](#)), dividindo-os em camadas desde os determinantes individuais (proximais) até os macrodeterminantes (distais).

**Figura SEQ Figura \\* ARABIC 2 - O modelo da determinação social da saúde de Dahlgren e Whitehead**



Fonte: Dahlgren e Whitehead, 2007 apud Mendes, 2012.

O SUS, como sistema público e universal, articula-se conforme suas populações e territórios, adotando uma lógica de organização em microterritórios sanitários, com responsabilização sobre a população adscrita, integrando a clínica à saúde coletiva e abordando o indivíduo em seu contexto familiar e comunitário.

Dessa forma, é fundamental que os determinantes sociais sejam reconhecidos, valorizados e considerados no planejamento do cuidado individual de cada paciente.

Outro elemento observado no MACC é uma linha transversal que atravessa a pirâmide, representando a relação entre autocuidado e cuidado profissional, de forma que, abaixo dessa linha, predomina o autocuidado apoiado, enquanto acima há uma maior concentração de cuidado profissional.

Ressalta-se que, para alcançar a integralidade das necessidades de saúde do indivíduo, é indiscutível a importância da atuação multiprofissional e interdisciplinar, por meio de uma abordagem biopsicossocial, distante da lógica de cuidado médico-centrado dos sistemas fragmentados vigentes.

Analisando cada nível previsto no MACC, observa-se que o nível 1 corresponde à população total, com foco na promoção de saúde e atuação principalmente voltada aos determinantes sociais intermediários, como, por exemplo, educação, saneamento, habitação, emprego e renda. As intervenções concentram-se na atuação da APS, com participação intersetorial de outros setores da administração pública, sem a necessidade de intervenções clínicas voltadas aos cuidados crônicos, havendo predominância do autocuidado apoiado.

O nível 2 concentra uma subpopulação com fatores de risco ligados aos comportamentos e aos estilos de vida, como pessoas tabagistas, sedentárias, usuárias excessivas de álcool ou com alimentação inadequada, entre outros. Neste nível, a estratégia principal é a prevenção das condições de saúde (incluindo aquelas que não são doenças, como a gravidez indesejada), com foco nos determinantes proximais ou possíveis fatores de risco modificáveis. Essa subpopulação continua tendo grande capacidade de autocuidado apoiado, porém precisará de algum auxílio profissional dentro do contexto da APS.

No nível 3 está cerca de 70 a 80% da população com alguma condição ou doença crônica já estabelecida, sendo esta uma condição simples e controlada, de baixo ou médio risco. Os indivíduos categorizados nesta subpopulação possuem boa capacidade de autocuidado e, além das ações de promoção e prevenção previstas nos níveis anteriores, fazem-se necessárias intervenções profissionais por meio da gestão da condição crônica, no âmbito da APS.

O nível 4 compreende uma subpopulação (20 a 30% dos indivíduos com alguma condição crônica) na qual se observa um equilíbrio entre autocuidado e assistência profissional, também por meio da tecnologia da gestão da condição de saúde.

Por serem de maior complexidade e alto risco, será necessário compartilhar o cuidado com a Atenção Especializada (AE) com alguma frequência. Diante desse cenário, a AE atua predominantemente no matriciamento ou no apoio pontual ao cuidado.

Para que isso funcione de forma a agregar valor para o indivíduo, melhorar a assistência, otimizar os recursos humanos e financeiros do SUS e garantir a segurança do paciente, reduzindo iatrogenias, a referência e a contrarreferência são indispensáveis e devem ser adequadamente qualificadas de acordo com as boas práticas em saúde.

Por fim, o nível 5 diz respeito a uma subpopulação com condições muito complexas (1 a 5% das condições crônicas), de muito alto risco, demandando gerenciamento ativo a partir da gestão de caso e alta concentração de cuidado profissional. Nessa situação, a atuação é conjunta da APS e da AE, estando o paciente permanentemente vinculado a ambos os níveis de atenção, sendo a coordenação do cuidado papel da APS.

A estratificação de risco de cada condição crônica será discutida em seu respectivo volume desta Linha de Cuidado. Ressalta-se que, por AE, compreende-se a assistência realizada por uma equipe multiprofissional capacitada para atuar com condições de maior complexidade, sob um olhar mais focal, incluindo enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, farmacêuticos, médicos, entre outros.

Ao implementar a Linha de Cuidado das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, a Secretaria Municipal de Saúde de Nova Lima/MG tem como objetivo qualificar o atendimento às condições crônicas na RAS. Esse esforço visa reorganizar processos de trabalho, padronizar ações e assegurar assistência de qualidade, fundamentada nas práticas de saúde baseadas em evidências (PSBE) e em um continuum assistencial.

Essa iniciativa adota o MACC, proposto por Eugênio Vilaça, como estratégia de enfrentamento, seguindo a estruturação proposta pelo Ministério da Saúde e adaptando-a às necessidades específicas do município. Dessa forma, é fundamental que todo profissional de saúde que atue

na rede conheça os detalhes desse modelo, uma vez que sua atuação será orientada por esse formato.

Foi nesse contexto que se estruturou o Ambulatório de DCNT do município de Nova Lima, um serviço de cuidado multiprofissional de referência para pacientes que preenchem os critérios de encaminhamento detalhados ao final desta Linha de Cuidado, mantendo a APS como coordenadora do cuidado e do percurso do paciente dentro da RAS.

O serviço conta com equipe multiprofissional especializada e focal, composta pelas seguintes categorias profissionais: medicina (cardiologia, endocrinologia, nefrologia), enfermagem, nutrição, psicologia, farmácia e assistência social. O encaminhamento não será direcionado a uma categoria profissional específica, mas sim por linha de cuidado.

Foram inicialmente selecionadas quatro das condições mais prevalentes na população brasileira para compor esta Linha de Cuidado: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), Doença Renal Crônica (DRC) e Obesidade. O conteúdo deste material estará sujeito a revisões regulares e atualizações, e novos volumes serão desenvolvidos e integrados à Linha de Cuidado conforme as necessidades da RAS.

É primordial que todos os profissionais de saúde estejam familiarizados com as recomendações dessa Linha de Cuidado, independentemente do contexto em que atuem — seja na APS, na AE, em serviços de urgência, atenção terciária ou gestão — e que utilizem este material como direcionamento para o cuidado dos pacientes com DCNT.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - O Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC)	6
<b>Figura 2</b> - O modelo da determinação social da saúde de Dahlgren e Whitehead	<b>Erro!</b>
<b>Indicador não definido.</b>	
<b>Figura 3</b> - Excesso de Peso e Obesidade no Brasil	19
<b>Figura 4</b> - Obesidade: magnitude, principais causas e repercussões para a saúde da criança e do adolescente	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
<b>Figura 5</b> - Evolução Temporal dos Brasileiro	21
<b>Figura 6</b> - Mapa de Determinantes	22
<b>Figura 7</b> - Técnica para circunferência abdominal	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
<b>Figura 8</b> - Questionário STOP-BANG	35
<b>Figura 9</b> - Modelo Transteórico	37
<b>Figura 10</b> - Fluxograma descritivo de atividades para a Atenção à Saúde, segundo classificação de IMC na Atenção Primária à Saúde para indivíduos adultos	41
<b>Figura 11</b> - Fluxo do usuário na RAS de Nova Lima	60
<b>Figura 12</b> - Fluxo do usuário na RAS de Nova Lima 2	61

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Ganho de peso recomendado na gestação (em kg) <b>Erro! Indicador não definido.</b>	
<b>Tabela 2</b> - Classificação do estado nutricional de adultos e risco de comorbidades, segundo IMC	28
<b>Tabela 3</b> - Classificação de estado nutricional de acordo com IMC para idosos e conforme escore Z para adultos jovens (18 anos a 20 anos incompletos)	29
<b>Tabela 4</b> - Classificação do risco aumentado para doenças cardiovasculares de acordo com a circunferência de cintura	30
<b>Tabela 5</b> - Classificação do estado nutricional de acordo com o IMC por idade (escore-z e percentil)	31
<b>Tabela 6</b> - Classificação do estado nutricional para adultos (20 a 60 anos)	38
<b>Tabela 7</b> - Classificação do estado nutricional para idosos (acima de 60 anos)	38
<b>Tabela 8</b> - Classificação do risco aumentado para doenças cardiovasculares de acordo com circunferência da cintura	39

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> - Medicamentos que podem ocasionar ganho de peso	25
<b>Quadro 2</b> - Cronograma de abordagem mensal multiprofissional do usuário	62

Consulta pública

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde  
AE - Atenção Especializada  
APS – Atenção Primária à Saúde  
AVD – Atividade de vida diária  
CFM – Conselho Federal de Medicina  
CIAP-2 – Classificação Internacional de Assistência Primária  
CID-10 – Classificação Internacional de Doenças  
CONITEC – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde  
DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis  
DM - *Diabetes Mellitus*  
DM2 – *Diabetes Mellitus tipo 2*  
DRC – Doença Renal Crônica  
DRGE – Doença do Refluxo Gastroesofágico  
EM – Entrevista Motivacional  
eMulti – Equipe Multiprofissional na Atenção Primária à Saúde  
ESF – Equipe de Saúde da Família  
GGT – Gama-Glutamil Transferase  
HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica  
HDL – *High-Density Lipoprotein*  
ICC – Insuficiência Cardíaca Congestiva  
IMC – Índice de massa corporal  
MACC - Modelo de Atenção às Condições Crônicas  
MPR - Modelo Pirâmide de Risco  
OMS – Organização Mundial da Saúde  
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde  
Q-PAF – Questionário de Prontidão para Atividade Física  
RAS – Redes de Atenção à Saúde  
SAHOS – Síndrome de Apneia e Hipopneia Obstrutiva do Sono  
SAOS – Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono  
SBC – Sociedade Brasileira de Cardiologia

SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

SUS - Sistema Único de Saúde

TGO – Transaminase Glutâmica Oxalacética

TGP – Transaminase Glutâmica Pirúvica

TSH – Hormona Estimuladora da Tireoide

UBS – Unidade Básica de Saúde

Consulta pública

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>19</b>
<b>2 ETIOLOGIA</b>	<b>22</b>
<b>3 AVALIAÇÃO</b>	<b>27</b>
3.1 RASTREAMENTO	27
3.2 DIAGNÓSTICO E CLASSIFICAÇÃO	28
3.3 ACOLHIMENTO E ABORDAGEM INICIAL	31
3.4 AVALIAÇÃO DE COMPLICAÇÕES	33
3.5 ENTREVISTA MOTIVACIONAL	35
3.6 AVALIAÇÃO DOS ESTÁGIOS DE MOTIVAÇÃO DE MUDANÇA	37
<b>4 DIAGNÓSTICO E CLASSIFICAÇÃO</b>	<b>38</b>
<b>5 MANEJO</b>	<b>40</b>
5.1 AVALIAÇÃO CLÍNICO-LABORATORIAL INICIAL	42
5.2 AVALIAÇÃO DA ETIOLOGIA	43
<b>6 PLANO DE CUIDADO</b>	<b>44</b>
<b>7 METAS TERAPÊUTICAS</b>	<b>45</b>
7.1 TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO	45
7.1.1 Alimentação Saudável	45
7.1.2 Atividade Física	47
7.1.3 Abordagem psicossocial	49
7.1.4 Ações de profissionais da APS frente às questões subjetivas	49
7.2 TRATAMENTO MEDICAMENTOSO	51
7.2.1 Critérios para considerar o tratamento farmacológico	52
7.3 TRATAMENTO CIRÚRGICO	53
7.3.1 Indicações	53
7.3.2 Contraindicações	54
<b>8 O PAPEL DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA CIRURGIA BARIÁTRICA</b>	<b>55</b>
8.1 SITUAÇÕES ESPECIAIS: CRIANÇAS, ADOLESCENTES, GESTANTES E IDOSOS	57
<b>9 FLUXO DO USUÁRIO NA RAS DE NOVA LIMA</b>	<b>59</b>
<b>10 ABORDAGEM MENSAL MULTIPROFISSIONAL DO USUÁRIO</b>	<b>61</b>
10.1 ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE DCNTS	65
10.1.1 Critérios	65
10.1.2 Dados mínimos para os encaminhamentos	65

<b>10.1.3 Condições para alta</b>	<b>66</b>
10.2 REGISTRO E MONITORAMENTO DAS ATIVIDADES	67
10.3 APOIO À MANUTENÇÃO À PERDA DE PESO	68
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>70</b>

Consulta pública

## 1 INTRODUÇÃO

A obesidade é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma condição crônica multifatorial caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal, que acarreta prejuízos à saúde. Trata-se também de um fator de risco para diversas doenças, como *diabetes mellitus tipo 2* (DM2), HAS, dislipidemia e doença coronariana. É considerada um problema de saúde pública em todo o mundo, pois leva a incapacidades, aumento da morbidade e mortalidade, além de elevar os custos relativos aos cuidados de saúde.

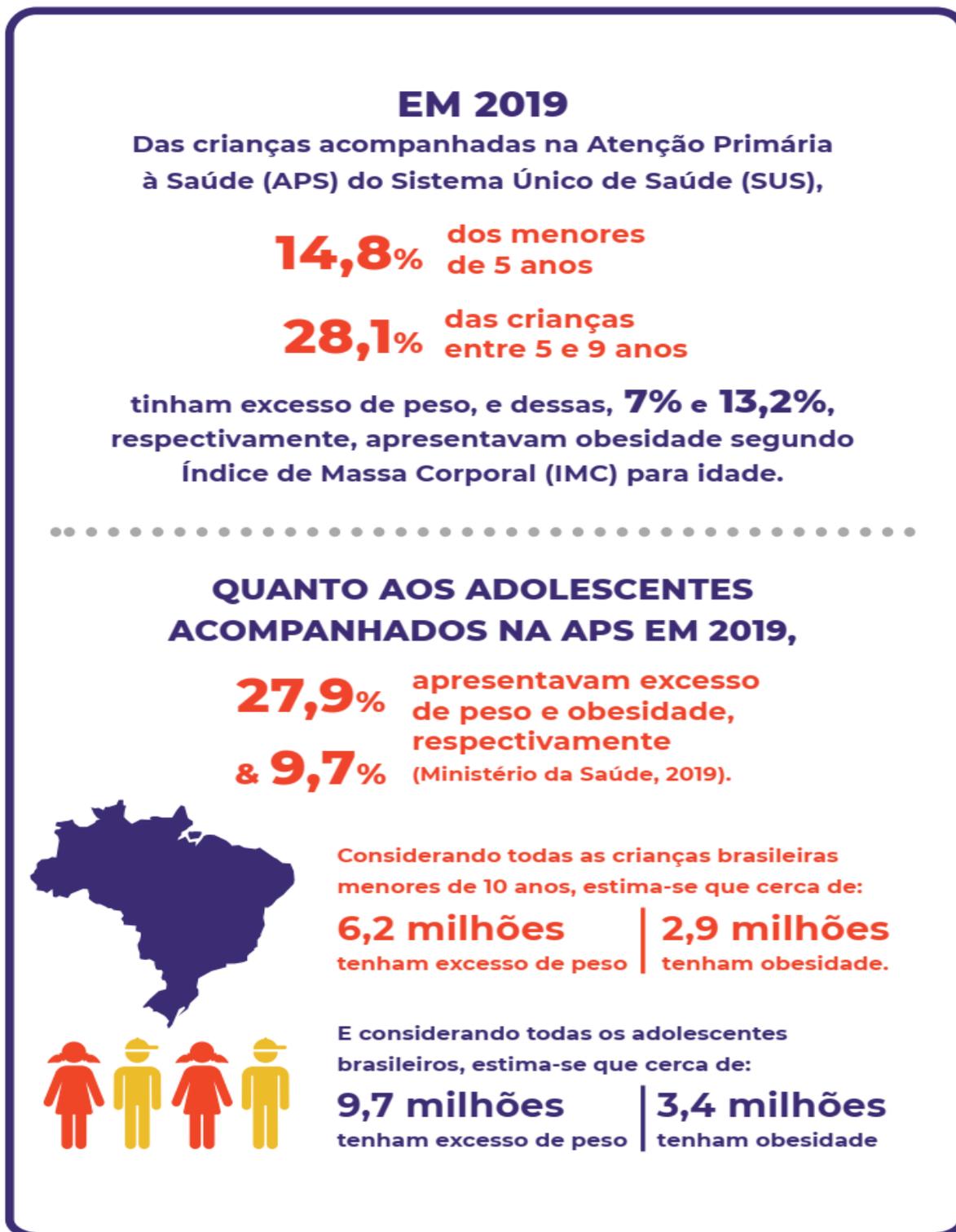
No Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde de 2020, aproximadamente 60% dos indivíduos adultos apresentam excesso de peso, o que representa cerca de 96 milhões de pessoas, sendo que cerca de 20% estão com obesidade. Em uma avaliação da evolução temporal, observa-se que a prevalência vem aumentando de maneira epidêmica ao longo dos anos, seguindo uma tendência mundial, não apenas entre adultos, mas também entre crianças e adolescentes. Ao se analisar a tendência temporal do excesso de peso entre os anos de 1989, 1996 e 2006, observou-se que houve um aumento de 160% na prevalência de crianças menores de 5 anos com excesso de peso, com um crescimento médio de 9,4% ao ano. Sendo que em 2019, entre as crianças e adolescentes acompanhados na APS, foi identificada obesidade em 7% dos menores de 5 anos, 13,2% das crianças de 5 a 9 anos e 9,7% dos adolescentes.

**Figura 3 - Excesso de Peso e Obesidade no Brasil**



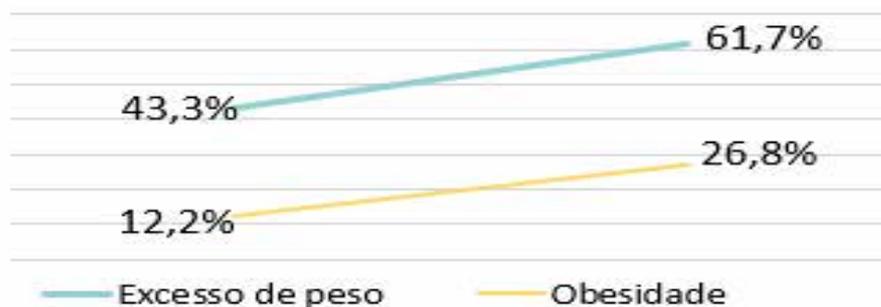
Fonte: Manual de Atenção às Pessoas com Sobrepeso e Obesidade no Âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único

Figura SEQ Figura \\* ARABIC 4 - Obesidade: magnitude, principais causas e repercussões para a saúde da criança e do adolescente



Fonte: Instrutivo para o cuidado da criança e do adolescente com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

**Figura 5 - Evolução Temporal dos Brasileiro**



Fonte: Manual de Atenção às Pessoas com Sobrepeso e Obesidade no Âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único.

Diante da alta prevalência, das repercussões relacionadas e da sua associação com o desenvolvimento de outras doenças crônicas é fundamental que a APS esteja qualificada para o cuidado da pessoa com sobrepeso e obesidade. Para que sua abordagem seja efetiva é necessário o envolvimento de diversas categorias profissionais das equipes de saúde, além do protagonismo dos indivíduos, de suas famílias e da comunidade.

Apesar da riqueza de evidências científicas para demonstrar a complexidade atrelada à prevenção e ao controle da obesidade, ainda existem muitas barreiras à identificação e cuidado adequado, além do frequente sensacionalismo que culpa o indivíduo pelo ganho de peso e oferece métodos milagrosos para perda rápida de peso. Esse discurso não otimiza o processo de prevenção e auxílio à perda de peso e vida saudável, mas acaba gerando estigmas, rótulos e estimula a gordofobia, além de poder contribuir para a baixa autoestima e formação de valores negativos relacionados à adoção de hábitos saudáveis. Esse estigma social se correlaciona negativamente a outras dimensões da vida da pessoa com sobrepeso ou obesidade, incluindo escolaridade, status socioeconômico e estado civil, contribuindo significativamente para piora da qualidade de vida.

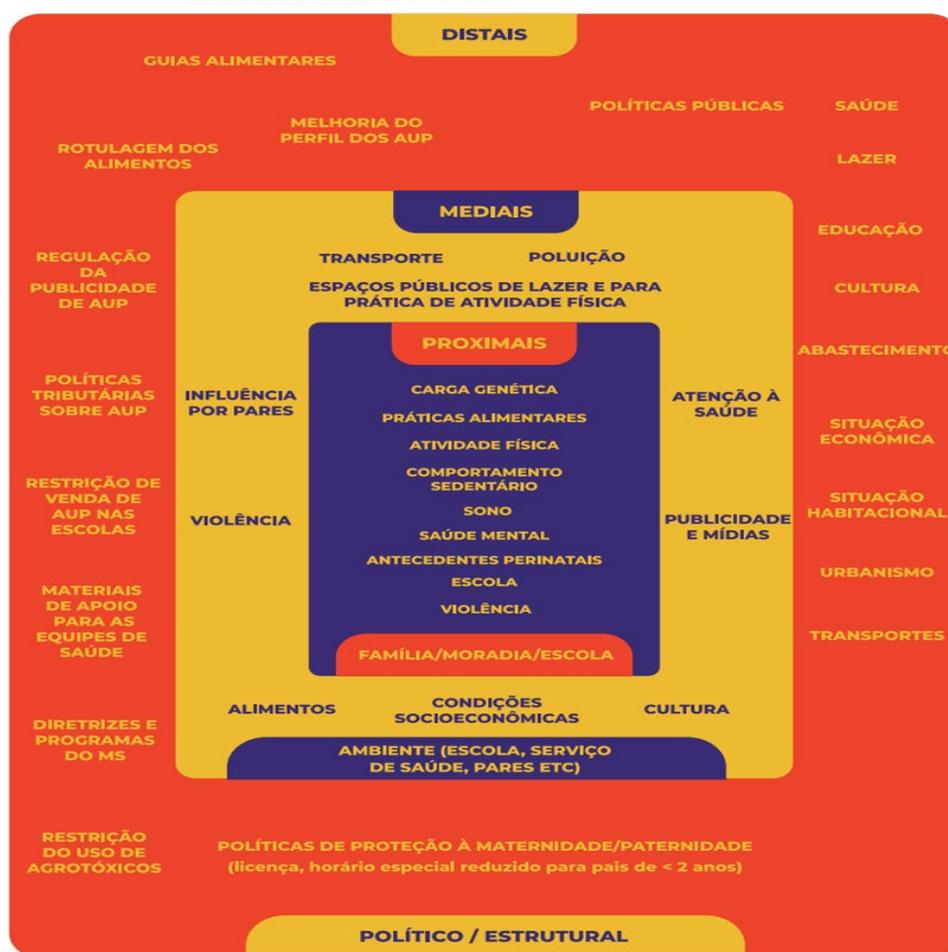
A prevenção e o diagnóstico precoce da obesidade são fundamentais para a promoção da saúde e a redução da morbimortalidade, pois se trata de um fator de risco importante para outras doenças e interfere na duração e qualidade de vida, tendo também implicações diretas na saúde mental dos indivíduos.

## 2 ETIOLOGIA

A obesidade, além de ser considerada uma doença em si, representa um dos principais fatores de risco para DCNT, incluindo HAS, DM e doenças cardiovasculares. No contexto do Brasil, a obesidade figura entre os três principais fatores associados a óbitos e incapacidades.

Sua etiologia é complexa e multifatorial, englobando dimensões genéticas, biológicas, sociais, individuais, comportamentais, ambientais, culturais, de saúde pública e políticas, como podemos ver no mapa de determinantes abaixo.

**Figura 6 - Mapa de Determinantes**



Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde; UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. *Instrutivo para o cuidado da criança e do adolescente com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde* [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

Dentre os determinantes, pode-se destacar:

- Alimentação inadequada: predominância de alimentos ultraprocessados, ricos em calorias, açúcares livres, gordura total, gordura saturada e gordura trans, com baixa quantidade de fibras, vitaminas e minerais. Nas últimas décadas, a população tem aumentado o consumo de alimentos com alta densidade calórica, alta palatabilidade, baixo poder sacietógeno e de fácil absorção e digestão.
- Inatividade física: o gasto energético total diário pode ser didaticamente dividido em taxa metabólica basal (que representa de 60% a 70%), pelo efeito térmico dos alimentos (que representa entre 5% e 10%) e pelo gasto de energia com atividade física. A atividade física é o mais importante componente variável, representando cerca de 20% a 30% do gasto energético total em adultos.
- Comportamento sedentário: presentes em atividades domésticas, no ambiente de trabalho ou escolar, durante deslocamentos e no tempo livre.
- Vulnerabilidade socioeconômica e estresse psicossocial crônico.
- Mudanças sociocomportamentais: diminuição do número de refeições realizadas em casa, o aumento compensatório da alimentação em redes de *fast food* e o aumento do tamanho das porções “normais” e necessidade de realizar refeições em curto espaço de tempo, atrapalhando os mecanismos de saciação.
- Condições sociais: a maior taxa de aumento da obesidade ocorre em populações com maior grau de pobreza e menor nível educacional. Pode-se explicar essa associação pela maior palatabilidade e pelo baixo custo de alimentos de grande densidade energética, além da associação com a insegurança alimentar.
- Fatores genéticos: estudos indicam contribuição genética de 40 a 70% para o IMC em adultos, com riscos significativamente aumentados se houver histórico parental de obesidade. No entanto, a maioria dos pacientes com obesidade apresenta uma importante interação entre fatores genéticos e externos, como padrões de consumo de alimentos e estilo de vida.
- Ambiente intrauterino: há associação entre obesidade materna, DM materna, diabetes gestacional, desnutrição materna e baixo peso de nascimento com a obesidade na vida adulta da prole.
- Ausência ou curta duração do aleitamento humano.
- Ganho de peso na idade adulta: incremento médio de 1 a 2 quilos por ano entre os 20 e 65 anos, podendo resultar em ganho ponderal clinicamente relevante se mantido ao longo

dos anos. Ressalta-se, entretanto, que este grau de desequilíbrio energético é difícil de ser percebido pelo indivíduo, sendo comum encontrar pacientes que relatam dieta com restrição calórica e prática regular de exercícios mesmo com ganho de peso. Após os 65 anos, observa-se uma média de redução de 650g/ano, variável entre indivíduos. Importante ressaltar que o um maior ganho de peso após a menopausa está relacionado à idade e ao estilo de vida, e que a terapia de reposição hormonal não tem efeito redutor no peso corporal, não devendo ser indicada com essa finalidade, podendo inclusive contribuir para a gordura central.

- Padrão de sono: há associação entre redução do tempo de sono noturno, hora de dormir tarde e trabalho noturno com o desenvolvimento de obesidade, DM2 e distúrbios metabólicos relacionados.
- Gravidez: o ganho de peso durante a gestação, embora fisiológico, muitas vezes não é totalmente revertido após o parto, contribuindo para um aumento progressivo em gestações múltiplas. Assim, recomenda-se que as metas de ganho de peso na gravidez sejam adaptadas à categoria de peso pré-gestacional, conforme tabela abaixo:

**Tabela SEQ Tabela \\* ARABIC 1 - Ganho de peso recomendado na gestação (em kg)**

Fonte: Cadernos de Atenção Básica nº32 - Pré-natal de baixo risco, MS 2012.

Estado nutricional inicial (IMC)	Recomendação de ganho de peso (kg) semanal médio no 2º e 3º trimestres*	Recomendação de ganho de peso (kg) total na gestação
Baixo peso (< 18,5kg/m <sup>2</sup> )	0,5 (0,44 – 0,58)	12,5 – 18,0
Adequado (18,5 – 24,9kg/m <sup>2</sup> )	0,4 (0,35 – 0,50)	11,5 – 16,0
Sobrepeso (25,0 – 29,9kg/m <sup>2</sup> )	0,3 (0,23 – 0,33)	7,0 – 11,5
Obesidade (≥ 30kg/m <sup>2</sup> )	0,2 (0,17 – 0,27)	5,0 – 9,0

Condições de saúde associadas ao ganho de peso, embora individualmente raras, demandam atenção profissional, incluindo o impacto de medicamentos e de condições endócrinas, como síndrome de Cushing, a síndrome dos ovários policísticos, hipogonadismo, a privação e os distúrbios do sono, além do hipotireoidismo. O manejo desses casos requer abordagem específica e monitoramento adequado. Ressalta-se que, ao contrário do senso comum, o ganho de peso possivelmente associado ao hipotireoidismo costuma ser modesto. Além disso, o tratamento do hipotireoidismo subclínico não parece estar associado à perda de peso.

**Quadro 1** - Medicamentos que podem ocasionar ganho de peso

<b>Categoria</b>	<b>Classe de drogas</b>	<b>Ganho de peso</b>	<b>Alternativas (exemplos)</b>
Psicotrópicos	Anti-psicóticos	Clozapina, risperidona, olanzapina, quetiapina, haloperidol, perfenazina.	Ziprasidona, aripiprazol
	Antidepressivos / estabilizadores de humor: tricíclicos.	Amitriptilina, doxepina, imipramina, nortriptilina, trimipramina, mirtazapina.	Bupropiona, nefazodona, fluoxetina sertralina.
	Antidepressivos / estabilizadores de humor: ISRSs.	Paroxetina, fluvoxamina.	
	Antidepressivos / estabilizadores de humor: IMAOs.	Fenilzina, tranilcipromina.	
	Lítio	–	
Agentes neurológicos	Medicamentos anticonvulsivantes	Carbamazepina, gabapentina, valproato.	Lamotrigina, topiramato, zonisamida.
Agentes endocrinológicos	Medicamentos para DM	Insulina (o ganho de peso difere com o tipo e regime utilizado), sulfonilureias, tiazolidinedionas, metiglinida.	Metformina, acarbose, liraglutida, semaglutida.
Agentes ginecológicos	Contraceptivos orais	Contraceptivos hormonais contendo esteróides progestacionais.	Métodos de barreira, DIU
	Tratamento da endometriose	Acetato de leuprolide de depósito.	Métodos cirúrgicos
Agentes de doenças infecciosas	Terapia antirretroviral	Inibidores de protease	–

Em geral	Hormônios esteróides	Corticosteróides, esteróides progestacionais.	AINEs
	Anti-histamínicos/ anticolinérgicos	Difenidramina, doxepina, ciproheptadina.	Descongestionante, inaladores de esteroides.

Fonte: UpToDate - Obesity in adults: etiologies and risk factors. Acesso em 29/08/2025

Consulta pública

### 3 AVALIAÇÃO

#### 3.1 RASTREAMENTO

A identificação dos pacientes com sobrepeso e obesidade deve ser realizada em qualquer momento de contato destes com qualquer profissional da equipe de saúde, como por exemplo durante a demanda espontânea, consultas programadas, busca ativa de pessoas com sobrepeso e obesidade, registro para o Programa Bolsa Família e atividades coletivas. Além da avaliação nutricional, deve-se realizar a avaliação alimentar, com a coleta dos marcadores de consumo alimentar, disponível em formulário próprio no e-SUS.

Recomenda-se o rastreamento da obesidade em todos os adultos durante a consulta de saúde.

- O rastreio deverá ser feito através da medição de altura, peso e calculando o IMC.
- Os dados antropométricos devem ser registrados nos campos próprios do sistema de prontuário eletrônico vigente.
- As medidas devem ser realizadas pelo profissional de saúde durante o atendimento. Não devem ser consideradas medidas autorreferidas pelo paciente.
- Se IMC adequado ( $\geq 18,5$  a  $24,9$  kg/m<sup>2</sup>): reavaliar em 1 ano.
- Se sobrepeso  $\geq 25,0$  a  $29,9$  kg/m<sup>2</sup>:
  - se aferido por profissional de nível superior: fazer medida da circunferência abdominal e abordagem conforme previsto neste protocolo;
  - ser aferido por profissional de nível médio: oferecer agendamento de consulta com enfermeiro ou orientar repetir medida em 6 meses.
- Se obesidade (IMC  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>):
  - se diagnóstico feito por profissional de nível superior: abordagem de obesidade conforme prevista neste protocolo;
  - se diagnóstico feito por profissional de nível médio: realizar acolhimento conforme orientado neste protocolo e oferecer agendamento de consulta com enfermeiro ou médico da equipe de referência.
- O preenchimento dos marcadores de consumo alimentar em formulário próprio no e-SUS, deverá ser realizado pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS), ao menos 1 vez ao ano, durante a visita domiciliar de rotina.

- O ministério da saúde disponibiliza os relatórios do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) para consulta pública. É possível acompanhar a situação nutricional da sua UBS ou de qualquer outra localidade do país pelo link <https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/index>.

### 3.2 DIAGNÓSTICO E CLASSIFICAÇÃO

O diagnóstico de sobrepeso ou obesidade é clínico, e baseado na estimativa do IMC, que é dado pela relação entre o peso e a altura do indivíduo, segundo a fórmula:  $IMC = \text{peso (kg)} \div [\text{altura (m)}]^2$ .

**Tabela 2** - Classificação do estado nutricional de adultos e risco de comorbidades, segundo IMC

Classificação	IMC	Risco de comorbidades
Abaixo do peso	< 18,50	Baixo
Eutrófico	18,50 – 24,99	Médio
Sobrepeso	25,00 – 29,99	Pouco elevado
Obesidade grau I	30,00 – 34,99	Elevado
Obesidade grau II	35,00 – 39,99	Muito elevado
Obesidade grau III	≥ 40,00	Muitíssimo elevado

Fonte: Adaptado de OMS, 2000; Abeso, 2016.

Em adultos jovens, com idade entre 18 e 20 anos incompletos, a classificação do estado nutricional deve seguir o indicador IMC-para-idade, em escore Z. Para idosos, também existe uma classificação específica, conforme a tabela abaixo.

**Tabela 3** - Classificação de estado nutricional de acordo com IMC para idosos e conforme escore Z para adultos jovens (18 anos a 20 anos incompletos)

Classificação	IMC / Escore Z
<b>Jovens com idade entre 18 e 20 anos incompletos</b>	
Magreza Acentuada	< Escore-z -3
Magreza	≥ Escore-z -3 e < Escore-z -2
Eutrófico	≥ Escore-z -2 e ≤ Escore-z +1
Sobrepeso	> Escore-z +1 e ≤ Escore-z +2
Obesidade	> Escore-z +2 e ≤ Escore-z +3
Obesidade Grave	> Escore-z +3
<b>População Idosa</b>	
Abaixo do peso	≤ 22,00
Eutrófico	> 22,00 e < 27,00
Sobrepeso	≥ 27,00

Fonte: Obesity Canada & Canadian Association of Bariatric Physicians and Surgeons; Brasil, 2014; Lipschitz D, 1994 – *Screening for nutritional status in the elderly*. Prim Care. 1994;21(1):55–67.

O IMC, embora amplamente utilizado, não diferencia entre massa gordurosa e massa magra, e não considera sua distribuição, sendo influenciado por variáveis como sexo, idade, etnia, sedentarismo, atletismo, cifose em idosos e edema, entre outras.

Recomenda-se complementar o IMC com a medida da circunferência da cintura. Apesar de também apresentar limitações, essa medida, quando associada ao IMC, oferece uma avaliação combinada que supera limitações individuais.

A circunferência abdominal deve ser medida em todos os pacientes adultos obesos com IMC <35Kg/m<sup>2</sup>, pois auxilia na definição daqueles que pertencem ao grupo com risco cardiometabólico aumentado.

Já nos pacientes com IMC  $\geq 35$  kg/m<sup>2</sup>, a medida da circunferência abdominal é considerada desnecessária, uma vez que a maioria dos indivíduos com esse IMC também apresenta circunferência da cintura anormal e já pertencem ao grupo de alto risco.

A medida deve ser realizada com fita métrica, posicionada na altura do ponto médio entre a crista ilíaca e a borda inferior da última costela.

**Figura SEQ Figura \\* ARABIC 7 - Técnica para circunferência abdominal**

Fonte:

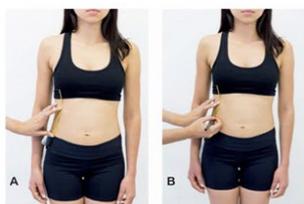


Figura 6 A e B. Localização do ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca.



Figura 6 C, D e E. Colocar a trena ao redor da cintura, circundando o indivíduo.



Figura 6 F. Medida da circunferência da cintura realizada com trena métrica metálica.

1. A região abdominal deve estar desprovida de roupas;
2. O indivíduo deve estar ereto com os pés juntos e braços relaxados ao lado do corpo e em respiração normal;
3. Posicionar a trena ao redor da maior circunferência na região anterior do abdome no plano horizontal, ou seja, a maior circunferência antes de chegar ao quadril. Geralmente esta circunferência coincide com a cicatriz umbilical, porém não é regra;
4. O avaliador deve se posicionar do lado direito do indivíduo;
5. Segurar a parte inicial da trena com a mão esquerda e posicionar abaixo da parte final da trena que deve estar segura pela mão direita;
6. Verificar se a trena está paralela ao plano horizontal;
7. Aplicar tensão à trena, de modo que ela se ajuste firmemente em torno do abdome, sem enrugar a pele nem comprimir os tecidos subcutâneos (Figura 7);
8. O avaliador deve abaixar-se para realizar a leitura na trena métrica na altura dos olhos;
9. Anotar o valor obtido.

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (2020). *Guia prático de antropometria para adultos*. Disponível em: [guia prático de antropometria para adultos - técnicas índices e indicadores-02.indd](#). Acesso em: 18 set. 2025.

**Tabela 4 - Classificação do risco aumentado para doenças cardiovasculares de acordo com a circunferência de cintura**

	Valor de circunferência da cintura
Mulheres	$\geq 80,0$ cm
Homens	$\geq 94,0$ cm

Fonte: Brasil, 2008.

Independentemente do parâmetro avaliado e da consulta (inicial ou de seguimento), recomenda-se solicitar ao indivíduo permissão de aferição de suas medidas e que elas sejam feitas em locais que resguardem sua privacidade, a fim de evitar constrangimentos.

Para o diagnóstico nas crianças e adolescentes, as medidas do perímetro cefálico (até dois anos) e as curvas de crescimento e de ganho de peso, disponíveis nas cadernetas da criança e do adolescente, são os instrumentos que devem ser utilizados para a classificação do estado nutricional e do acompanhamento da evolução tanto do peso como da altura e o IMC para a idade. É importante dar atenção não só à mudança da classificação do estado nutricional, mas também à velocidade do ganho de peso/IMC (elevação/inclinação da curva) mesmo antes de atingir a classificação de sobrepeso ou obesidade. No Brasil, a classificação é realizada segundo as Curvas de Crescimento da OMS, publicadas em 2006 e 2007, as quais estão disponíveis na caderneta da criança e do adolescente.

**Tabela 5** - Classificação do estado nutricional de acordo com o IMC por idade (escore-z e percentil)

Escore	Percentil	Classificação do estado nutricional	
		0-5 anos incompletos	5-20 anos incompletos
$> +1$ e $\leq +2$	$>$ Percentil 85 e $\leq$ Percentil 97	Risco de sobrepeso	Sobrepeso
$> +2$ e $\leq +3$	$>$ Percentil 97 e $\leq$ Percentil 99,9	Sobrepeso	Obesidade
$> +3$	$>$ Percentil 99,9	Obesidade	Obesidade grave

Fonte: Cadernetas Criança e Adolescente

### 3.3 ACOLHIMENTO E ABORDAGEM INICIAL

Pessoas com sobrepeso ou obesidade podem se sentir estigmatizadas, e muitas vezes as ações dos profissionais de saúde e a estrutura das unidades de saúde podem reforçar ações que levem a isolamento, marginalização, exclusão e discriminação. É importante que todos os profissionais (gerentes, profissionais de saúde de nível superior e técnico, agentes

comunitários de saúde, profissionais administrativos e de suporte, como seguranças e auxiliares de limpeza) estejam atentos às necessidades estruturais dos ambientes de saúde (como cadeiras, macas, manguitos ou balanças adequados) e sensibilizados para compreender os diversos fatores determinantes da obesidade, evitando discriminação e a culpabilização do indivíduo e sua família.

Este protocolo considera que a perda de peso é apenas um dos elementos no cuidado das pessoas com obesidade, mas não o único. Compreende-se, inclusive, que quando é o peso o objetivo único da intervenção, os meios para alcançá-lo podem se distanciar do que se considera como atitudes saudáveis. O sucesso do tratamento deve-se não apenas a redução do IMC, mas também a melhoria das comorbidades associadas e, sobretudo, a possibilidade de a pessoa com sobrepeso e obesidade ter uma vida saudável.

Deve-se ter clareza que nem todos os indivíduos com sobrepeso e obesidade têm interesse e motivação para o tratamento. O profissional de saúde não deve julgar, mas sim identificar a condição, discutir com o paciente as complicações (potenciais ou já instaladas), estimular o autocuidado e colocar o serviço à disposição para auxílio e acompanhamento quando desejar. O foco do encontro entre profissional de saúde e usuário deve ser a concepção de saúde ou definição de bem-estar de quem deve ser o protagonista do processo de cuidado: o usuário.

Uma barreira frequentemente citada ao rastreamento é o risco potencial de estigma associado ao diagnóstico de obesidade. O uso de linguagem sensível como “peso não saudável” ou “excesso de peso” e a educação sobre o número crescente de opções de tratamento podem melhorar o envolvimento do paciente em seus cuidados. Utilizar expressões como “pessoa com obesidade”, em vez de “pessoa obesa” também pode reduzir o estigma e aumentar o envolvimento do paciente.

A abordagem inicial deve ser realizada por um profissional de nível superior da equipe de saúde - médico, enfermeiro ou profissional da Equipe Multiprofissional na Atenção Primária à Saúde (eMulti) e deve contemplar aspectos que ajudem na compreensão das origens ou dos fatores de manutenção do sobrepeso ou da obesidade, auxiliem na prevenção e no aconselhamento sobre estilo de vida, ou mesmo no esquema terapêutico, com impacto nas recomendações de tratamento.

A seguir, destacam-se algumas ações recomendadas:

- Pergunte se a pessoa deseja discutir o peso naquele momento. Estabeleça uma conversa com escuta qualificada, respeitosa e abordagem compreensiva, sem julgamentos ou culpabilização. Não faça suposições sobre hábitos ou comportamentos. Considere a possibilidade de que a pessoa que está buscando tratamento já tenha iniciado um processo de mudanças antes mesmo de conversar com o profissional de saúde.
- Sensibilizar o usuário e conhecer mais aspectos da sua vida que possam influenciar a sua condição. A avaliação das causas do ganho de peso deve considerar a influência de fatores ambientais, socioeconômicos, culturais, familiares, emocionais e biológicos.
- Avaliar a história da trajetória do peso, de ganho e perda de peso ao longo do tempo, detalhes de tentativas prévias de perda de peso, tratamentos prévios e resultado favorável ou problemático na perda de peso e na manutenção.
- Perguntar sobre estilo de vida, hábitos alimentares e atividade física. Quando houver limitações de mobilidade, avaliar as atividades da Atividade de Vida Diária (AVD).
- Pode ser útil perguntar sobre a história familiar de obesidade, o peso ao nascimento, a variação do peso na gestação materna, o uso de medicamentos pregressos, fumo, horas de sono, horas de trabalho, mudanças na rotina e exposição a estresse.
- Avalie comorbidades, uso de medicamentos e risco cardiovascular; explique ao usuário os resultados e riscos para saúde envolvidos. O aconselhamento não deve focar apenas na perda de peso, mas sim abordar os benefícios da mudança de comportamento para a saúde e o bem-estar, redução do risco para outras comorbidades, além da necessidade de uma estratégia de cuidado de longo prazo.
- Realizar avaliação antropométrica e classificação do estado nutricional.
- Avaliar o estágio de prontidão de mudança ou o estágio de mudança do comportamento e direcionar o cuidado conforme previsto neste protocolo.
- Utilizar a Entrevista Motivacional (EM).

### 3.4 AVALIAÇÃO DE COMPLICAÇÕES

A obesidade e o aumento da adiposidade central estão relacionados a algumas comorbidades. Destacam-se: DM, HAS, dislipidemia, gota, doença coronariana, insuficiência cardíaca congestiva (ICC), tromboembolismo venoso, demência, doenças hepatobiliares, doença do refluxo gastroesofágico (DRGE), câncer de esôfago e estômago, osteoartrite (principalmente joelho), infecções, apnéia do sono, câncer, doença renal, outros distúrbios endócrinos (infertilidade, ciclos anovulatórios), incontinência urinária, distúrbios psicossociais.

Nos pacientes sem comorbidades estabelecidas e sem suspeita clínica recomenda-se o seguinte rastreio inicial de complicações e comorbidades:

- Avaliar pressão arterial com manguito adequado em todas as consultas.
- Questionar sobre tabagismo e desejo de parar de fumar.
- Solicitar Hemograma completo, glicemia de jejum, perfil lipídico (colesterol total, HDL e triglicerídeos), enzimas hepáticas (TGO, TGP, GGT) e TSH.
- Calcular risco cardiovascular através da calculadora OMS/OPAS:  
<https://www.paho.org/cardioapp/web/#/cvrisk>
- Investigar Síndrome de Apneia e Hipopneia Obstrutiva do Sono (SAHOS):
  - A suspeita clínica deve ser considerada quando houver dois entre os três sintomas: roncos, sonolência diurna excessiva e pausas respiratórias durante o sono presenciadas por outra pessoa.
  - Se sintomas sugestivos, aplicar questionário STOP-BANG:
    - se risco de SAOS alto ou intermediário: solicitar polissonografia;
    - se diagnosticado SAOS: encaminhar para pneumologia.
- Outras investigações deverão ser realizadas apenas de acordo com suspeita clínica.

Figura 8 - Questionário STOP-BANG

QUESTIONÁRIO STOP-Bang	
<p>• <b>roncoS?</b> Você <b>ronca alto</b> (alto o bastante para ser ouvido através de portas fechadas ou seu parceiro cutuca você por roncar à noite)? ( ) Sim ( ) Não</p>	<p>• <b>oBesidade</b> com índice de massa corporal (IMC) maior que 35 kg/m<sup>2</sup>? <b>Índice de massa corporal (IMC) maior que 35 kg/m<sup>2</sup>?</b> ( ) Sim ( ) Não</p>
<p>• <b>faTigado?</b> Você frequentemente sente-se <b>cansado, fatigado ou sonolento</b> durante o dia (por exemplo, adormecendo enquanto dirige)? ( ) Sim ( ) Não</p>	<p>• <b>IdAde</b> <b>Idade maior que 50 anos?</b> ( ) Sim ( ) Não</p>
<p>• <b>Observado?</b> Alguém já <b>observou você parar de respirar ou engasgando/sufocando</b> durante o sono? ( ) Sim ( ) Não</p>	<p>• <b>circuNferência de Pescoço</b> (medida na altura do "pomo-de-adão") Para homens: circunferência cervical, maior ou igual a 43 cm. Para mulheres: circunferência cervical maior ou igual a 41 cm. ( ) Sim ( ) Não</p>
<p>• <b>Pressão?</b> Você tem ou está sendo tratado por <b>pressão alta?</b> ( ) Sim ( ) Não</p>	<p>• <b>Gênero</b> <b>Sexo masculino?</b> ( ) Sim ( ) Não</p>
<p><b>Critérios de pontuação para a população geral:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Baixo risco de apneia obstrutiva do sono (AOS): Sim para 0-2 questões</li> <li>• Intermediário risco de AOS: Sim para 3-4 questões</li> <li>• Alto risco de AOS: Sim para 5-8 questões</li> </ul> <p>ou "Sim" para 2 ou mais das 4 questões iniciais (STOP) + gênero masculino ou "Sim" para 2 ou mais das 4 questões iniciais (STOP) + IMC &gt; 35 kg/m<sup>2</sup> ou "Sim" para 2 ou mais das 4 questões iniciais (STOP) + circunferência cervical ≥ 43 cm para homens ou ≥ 41 cm para mulheres</p>	

Fonte: J Bras Pneumol. 2016; 42(4): 266-272.

### 3.5 ENTREVISTA MOTIVACIONAL

A EM é um modelo de intervenção terapêutica centrado na pessoa, especialmente útil para pessoas que estejam ambivalentes quanto à mudança.

Caracteriza-se por uma conversa que estimula a reflexão autônoma do indivíduo, permitindo que ele reconheça suas necessidades e as razões para promover determinada mudança relacionada aos seus problemas.

A EM utiliza estratégias de reflexões, reforços positivos, escuta qualificada, resumos e perguntas abertas.

Há quatro elementos que devem ser considerados:

- **Parceria:** é feita com a pessoa.
- **Aceitação:** reconhecimento da situação-problema, empatia e suporte à autonomia.
- **Aceitar não significa aprovar ou concordar**, se o profissional aprova ou não é irrelevante. Não cabe ao profissional julgamento, imposição ou influência de ideias, mas sim reconhecer pontos fortes do usuário e reforçá-los positivamente.
- **Evocação:** consiste em resgatar as forças que motivam a pessoa, em vez de persuadir. Recordar elementos singulares que podem se tornar motivos para que haja mudança de comportamento. O próprio indivíduo tem as respostas para os questionamentos.
- **Compaixão:** promover ativamente o bem-estar do outro, priorizando suas necessidades. O foco do profissional deve ser na pessoa que está com um problema e não no problema em si. Assim, consegue compreender melhor as dificuldades de mudança de comportamento, buscando atuar JUNTO ao indivíduo, como um orientador, e não PELO indivíduo, de maneira diretiva.

A EM é uma intervenção breve, que tem como objetivo resolver a ambivalência. O profissional deve estimular uma conversa colaborativa visando fortalecer a motivação intrínseca e o comprometimento com a mudança, além de valorizar as opiniões e planos verbalizados pelo próprio indivíduo, pois assim há maior propensão para aceitar e agir. O sujeito é o especialista em sua própria vida e o aconselhamento deve ser centrado na pessoa.

Por meio da escuta qualificada, o profissional e o indivíduo fazem uma aliança terapêutica, ao estabelecer objetivos e tarefas, evocando de forma equilibrada prós e contras, e que se necessário podem ser revistos. Deve-se ter cuidado para não adotar uma postura de defesa unilateral, respeitando as escolhas e garantindo que a pessoa seja acolhida e receba esclarecimentos adequados para uma escolha consciente.

O profissional deve ter habilidade para reconhecer os aspectos-chave das falas do sujeito que irão nortear a EM. Muitas vezes, o indivíduo tende a focar em uma série de acontecimentos e sua tendência pode ser a de se concentrar nos sintomas ou nos fatos mais recentes que o levaram

até ali, desvalorizando ou desconhecendo o fator causal. O profissional deve estar atento para evitar rotular o indivíduo, ser intolerante à resistência e à ambivalência, definir prematuramente o foco e ter reflexo de “consertar” as coisas.

### 3.6 AVALIAÇÃO DOS ESTÁGIOS DE MOTIVAÇÃO DE MUDANÇA

A avaliação dos estágios de mudança possibilita determinar a prontidão de um indivíduo para modificar um comportamento e torna possível adaptar as intervenções ao estágio em que a pessoa se encontra.

Figura 9 - Modelo Transteórico



Fonte: Adaptado de Hawkins, Hornsby e Schorting (2001) e Chang (2001).

## 4 DIAGNÓSTICO E CLASSIFICAÇÃO

A obesidade é um agravo de característica multifatorial que resulta, geralmente, do desbalanço entre consumo e gasto de energia. Na prática clínica cotidiana e para avaliação em nível populacional, recomenda-se o uso do IMC por sua facilidade de mensuração e por ser uma medida não invasiva. (CAB 38).

**Tabela 6** - Classificação do estado nutricional para adultos (20 a 60 anos)

Classificação do estado nutricional	Pontos de corte
Abaixo do peso	< 18,50 kg/m <sup>2</sup>
Eutrófico	≥18,50 e <25 kg/m <sup>2</sup>
Sobrepeso	≥25,00 e < 30 kg/m <sup>2</sup>
Obesidade grau I	≥30,00 e <35 kg/m <sup>2</sup>
Obesidade grau II	≥35,00 e <40 kg/m <sup>2</sup>
Obesidade grau III	≥ 40,00 kg/m <sup>2</sup>

Fonte: OMS, 1995.

**Tabela 7** - Classificação do estado nutricional para idosos (acima de 60 anos)

Índice antropométrico	Pontos de corte	Classificação do estado nutricional
IMC	≤ 22,00 kg/m <sup>2</sup>	Baixo peso
	> 22,00 e < 27,00 kg/m <sup>2</sup>	Eutrófico
	≥ 27,00 kg/m <sup>2</sup>	Sobrepeso

Fonte: Brasil, 2008.

O IMC é um bom indicador, mas não está totalmente correlacionado com a gordura corporal, pois não distingue massa gordurosa de massa magra. Pode haver diferenças na composição corporal em função do sexo, idade, etnia, no cálculo de indivíduos sedentários quando comparado a atletas, na presença de perda de estatura em idosos devido à cifose, em edemaciados, etc.

O ideal é que o IMC seja usado em conjunto com outros métodos de determinação de gordura corporal. A medida da circunferência da cintura é um bom indicador (também de fácil

aplicação e não invasivo) que, associado ao IMC, pode oferecer uma forma combinada de avaliação de risco e ajudar a diminuir as limitações de cada uma das avaliações isoladas.

A circunferência da cintura 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, seguem as recomendações da OMS .

**Tabela 8** - Classificação do risco aumentado para doenças cardiovasculares de acordo com circunferência da cintura

Valor de circunferência da cintura	
Mulheres	$\geq 80,0$ cm
Homens	$\geq 94,0$ cm

Fonte: Brasil, 2008.

## 5 MANEJO

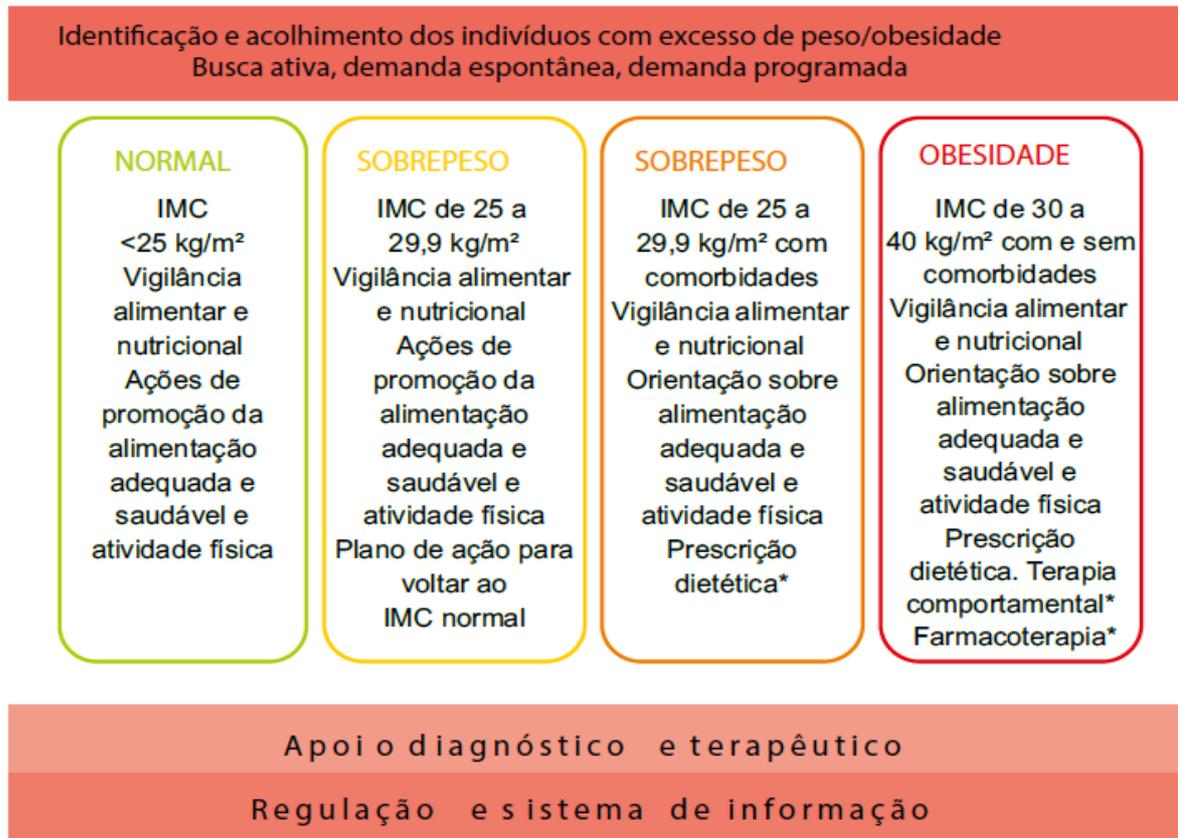
Na rotina da APS, a Vigilância Alimentar e Nutricional deve fazer parte do cuidado às demandas espontânea e programada. Os atendimentos de puericultura, pré-natal, acompanhamento de HAS e DM, por exemplo, são momentos oportunos para a mensuração do peso e da altura, bem como para a classificação do estado nutricional dos indivíduos. Além disso, é possível conhecer seus hábitos alimentares, o que permite identificar pessoas com excesso de peso e hábitos alimentares não saudáveis e orientar a oferta de cuidado para estes casos.

As ações de pesar e medir também podem ser realizadas na atenção à demanda espontânea, que pode ser importante momento de captação de usuários com excesso de peso que não frequentam a UBS nas ações programadas.

Na prevenção e no tratamento do sobrepeso/obesidade, o apoio matricial interdisciplinar é um grande potencializador da resolutividade das equipes da APS, pois promove a ampliação dos saberes sobre a complexidade desses agravos e permite uma melhor oferta de cuidados.

Consulta Pública

**Figura 10** - Fluxograma descritivo de atividades para a Atenção à Saúde, segundo classificação de IMC na Atenção Básica para indivíduos adultos



\*Quando necessário, após avaliação com a equipe de Apoio Matricial.

Fonte: CGAN/DAB/SAS/MS.

Conforme o fluxograma acima, para indivíduos adultos, independente do IMC, é necessário garantir a oferta de ações de promoção da alimentação adequada e saudável e atividade física, seja na UBS ou em outros espaços do território.

- **Indivíduos com sobrepeso e sem comorbidades:**
  - Incluir nas atividades em grupo (promoção da alimentação adequada e saudável e atividade física).
  - Elaborar plano de cuidado para retornar à faixa de IMC normal ( $18,5 - 25 \text{ kg/m}^2$ ), preferencialmente dentro de grupos operativos.
- **Indivíduos com sobrepeso e com comorbidades:**
  - Incluir nas atividades em grupo (promoção da alimentação adequada e saudável e atividade física).

- Avaliar necessidade de prescrição dietética individual pelo nutricionista, com discussão em reunião de matriciamento.
- **Obesidade (IMC de 30 a 40 kg/m<sup>2</sup>) com ou sem comorbidades:**
  - Incluir nas atividades em grupo, observando a necessidade de grupos específicos para a faixa de IMC, permitindo que os indivíduos se sintam melhor acolhidos.
  - Oferta terapêutica mais densa: a equipe de referência e a equipe matricial devem avaliar a necessidade de terapia comportamental e farmacoterapia no âmbito da APS.
- **Casos mais complexos ou com IMC >40 kg/m<sup>2</sup>:**
  - Incluir nas atividades em grupo, com atenção à necessidade de grupos específicos por faixa de IMC, visando maior acolhimento.
  - Encaminhar para serviços de AE.
  - APS deve atuar como coordenadora do cuidado.
- **IMC > 50 kg/m<sup>2</sup>:**
  - Encaminhar diretamente para o ambulatório Endocrinologia /Obesidade Grave SUS/BH.
  - Manter o acompanhamento na APS.

## 5.1 AVALIAÇÃO CLÍNICO-LABORATORIAL INICIAL

A avaliação inicial tem como objetivo avaliar o risco cardiometabólico e a etiologia da obesidade sendo recomendada a averiguação de:

- altura;
- peso;
- IMC;
- circunferência da cintura;
- pressão arterial;
- lipidograma;
- glicemia em jejum;
- sintomas de apneia;
- uso de medicamentos que aumentem o peso;
- rotina alimentar;

- regularidade das atividades físicas;
- outras etiologias;
- risco cardiovascular - calculadora da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC);
- comorbidades / complicações.

## 5.2 AVALIAÇÃO DA ETIOLOGIA

A obesidade pode ter múltiplas causas descritas na literatura, embora, na maioria dos casos, não esteja associada a doenças específicas, mas sim ao desequilíbrio entre consumo e gasto energético. Entre as causas iatrogênicas, destacam-se o uso de drogas que provocam aumento de peso e as cirurgias hipotalâmicas. Do ponto de vista dietético, fatores como o estilo de alimentação na infância, a obesidade hiperplásica progressiva, a frequência das refeições, dietas ricas em gordura e o consumo excessivo de calorias estão entre os principais determinantes.

As causas neuroendócrinas incluem a obesidade hipotalâmica, o transtorno afetivo sazonal, a síndrome de Cushing, a síndrome dos ovários policísticos, o hipogonadismo, a deficiência do hormônio de crescimento e o pseudohipoparatiroidismo. Já os aspectos sociais e comportamentais relacionam-se a condições como status socioeconômico, etnia, fatores psicológicos, síndrome da alimentação noturna e compulsão alimentar.

O sedentarismo também exerce papel relevante, podendo estar associado à inatividade forçada (como no período pós-operatório) ou ao envelhecimento. Entre os fatores genéticos, destacam-se características recessivas autossômicas, traços dominantes e ligados ao cromossomo X, além de anormalidades cromossômicas. Por fim, outras condições descritas incluem o baixo peso ao nascer, que pode predispor ao desenvolvimento da obesidade ao longo da vida.

## 6 PLANO DE CUIDADO

É uma estratégia efetiva que apoia o autocuidado e o processo de mudança de comportamento centrado na pessoa, na sua disponibilidade e sua necessidade.

Os instrumentos a seguir orientam a abordagem individual e coletiva para o autocuidado:

- Peso saudável: cartão do usuário (Ministério da Saúde – Anexo C do cartão de acompanhamento do usuário utilizado no Ministério da Saúde).
- Guia alimentar para a População Brasileira – 2ª edição (Ministério da Saúde).



- Guia metodológico para Abordagem da Obesidade - Prefeitura de Belo Horizonte.



- Caderno de Atenção Básica: Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica Obesidade (Ministério da Saúde).



- Protocolo do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN.

## 7 METAS TERAPÊUTICAS

É importante determinar metas de perda de peso, objetivos de saúde e as estratégias de intervenção no tratamento para mudanças de estilo de vida para alcançar metas. As metas de perda de peso devem ser realistas, mas significativas.

Embora uma perda de peso sustentada de 3% a 5% do peso já possa levar a reduções clinicamente relevantes em alguns fatores de risco cardiovasculares, perdas de peso maiores geram benefícios ainda mais expressivos. Uma meta inicial de perda de 5% a 10% do peso inicial em 6 meses é factível (DBO, 2016).

Se o usuário com IMC entre 35 e 49,9 kg/m<sup>2</sup>, portador de comorbidades, não atingir a meta terapêutica em dois anos de acompanhamento multidisciplinar, deverá ser encaminhado ao Ambulatório de Endocrinologia/Obesidade Grave do SUS-BH.

### 7.1 TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO

#### 7.1.1 Alimentação Saudável

Apresentam-se, a seguir, algumas informações sobre alimentação que todos os profissionais de saúde podem abordar com o usuário:

- Orientar consumo diário de, no mínimo, três refeições principais (café da manhã, almoço e jantar), intercaladas por pequenos lanches. Evitar o consumo de grandes volumes de alimentos em uma única refeição e intervalos prolongados entre as refeições.
- Equilibrar a alimentação entre os diferentes grupos de alimentos, de forma variada e colorida.
- Consumir um tipo de cereal (arroz, milho, trigo, aveia, cevada, centeio) ou farinha (de arroz, fubá, trigo e aveia) ou raiz e tubérculo (batata inglesa, batata doce, inhame, mandioca, cará) em cada refeição. Exemplo: no café da manhã e no lanche, o pão ou a mandioca ou a farinha; no almoço e no jantar, arroz ou batata.
- Manter uma alimentação rica em fibras:

- Consumir diariamente, pelo menos três porções de frutas (1 porção = 1 laranja ou 1 maçã ou 1 pera ou 1 fatia média de mamão ou 1 banana) e três de legumes e verduras (metade de um prato ou 1 pires cheio no almoço e jantar) e se possível crus, com casca e bagaço quando comestíveis.
- Preferir alimentos integrais e/ou in natura ou minimamente processados.
- Consumir uma porção de leguminosas (1 porção = 1 concha de feijão ou ervilha ou lentilha ou grão de bico ou soja) por dia.
- Consumir diariamente três porções de leite e/ou derivados (1 porção = 1 copo de leite ou 1 pote de iogurte ou 1 fatia fina de queijo) com menor teor de gordura (desnatados e queijos brancos).
- Selecionar carnes com menor teor de gordura; retirar toda a gordura aparente e as peles antes do preparo.
- Os ovos podem ser utilizados como substitutos das carnes. Recomenda-se o consumo de 1 porção ao dia desses alimentos (1 bife de peito de frango ou 1 ovo cozido ou 1 bife de boi ou 1 sobrecoxa ou 1 filé de peixe ou 1 bife de porco).
- É recomendado a ingestão de duas ou mais porções de peixe por semana.
- Utilizar uma lata ou frasco de 900 ml de óleo vegetal (soja, canola, milho, girassol) ao mês para uma família de 4 pessoas. Evite frituras e prefira o azeite de oliva extra virgem em pequenas quantidades (1 colher de sobremesa) em saladas, molhos e emulsões.
- Evitar frituras.
- Usar óleos, gorduras, sal e açúcar com moderação ao temperar e cozinhar alimentos e criar preparações culinárias. Evite o uso de saleiro à mesa e prefira o uso de temperos naturais, como cebola, alho, louro, limão, cheiro-verde e ervas, em vez de temperos industrializados (ex: caldo de carne, molho de soja, etc).
- Limitar o uso de alimentos processados (conservas, compotas, queijos e pães).
- Evitar a ingestão de alimentos ultraprocessados como: sorvetes, salgadinhos, biscoitos, massas folhadas, maioneses, pipoca de micro-ondas, bolos, tortas, sopas industrializadas, chocolates, margarinas, refrigerantes, sucos industrializados, macarrão instantâneo, embutidos, balas e guloseimas, produtos congelados prontos para aquecimento.
- Sucos e néctares de frutas adicionados de açúcar merecem atenção especial no manejo do controle do peso, pois as calorias presentes nos alimentos líquidos são menos reconhecidas que as presentes em alimentos sólidos, contribuindo, portanto, para um maior consumo.

- Beber, pelo menos, dois litros (seis a oito copos) de água por dia e dê preferência ao seu consumo nos intervalos das refeições.
- Ficar atento ao rótulo dos alimentos! Desenvolva e compartilhe habilidades culinárias.

Para informações e orientações mais detalhadas, consultar *Cadernos de Atenção Básica, nº 38*

– Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica – Obesidade:



### 7.1.2 Atividade Física

A obesidade é uma doença crônica não transmissível, como tal, requer tempo na produção do cuidado, seja para preparar o paciente para uma intervenção invasiva, como cirurgia bariátrica, ou para ajudar na perda de peso antes e após o procedimento.

Neste contexto, o desenvolvimento de atividades físicas voltadas para pessoas com sobrepeso ou obesas requer estratégias diferenciadas para a adesão do indivíduo. Em primeiro lugar, geralmente pessoas nessas condições acessam algum serviço especializado por referência de um profissional de Saúde. Uma estratégia importante é a manutenção do vínculo entre o profissional que referenciou e o que está desenvolvendo a atividade para que seja garantido o acompanhamento do projeto terapêutico construído com o sujeito. Outra estratégia consiste na escolha das atividades em conjunto com o sujeito ou com o grupo que receberá a intervenção.

Estudos apontam que as atividades aeróbicas (caminhar, correr, nadar, pedalar, etc.) contribuem significativamente para a redução de peso. Quanto maior o tempo total de atividade física aeróbica realizada, maior a redução de peso. Recomenda-se que o tempo de atividade física seja distribuído em, no mínimo, três dias da semana, evitando concentrações que possam extenuar e desestimular os participantes.

Na produção do cuidado com pessoas com sobrepeso ou obesidade, no âmbito da atividade física, é importante evitar a sobrecarga das articulações durante a prática do exercício físico, preocupação presente tanto na prescrição quanto na intervenção. Ainda que com a utilização de tênis com amortecedor, o profissional deve ponderar na recomendação de atividades físicas como subir e descer escadas ou correr em terreno acidentado. As atividades mais recomendadas são aquelas realizadas na água como a hidroginástica e a natação. No entanto, atividades como caminhada, ciclismo e corrida em terreno plano também podem ser prescritas.

É importante que o profissional recomende que a pessoa com obesidade se torne o mais ativa possível nas tarefas do cotidiano, como evitar passar muitas horas em frente à TV, fazer percursos curtos a pé, sair para passear com o cachorro, brincar com crianças ou ajudar nas atividades domésticas. O objetivo é aumentar ao máximo o gasto energético diário, complementado pelo exercício físico realizado durante a semana (POLLOCK; WILMORE, 1993).

É fundamental ensinar exercícios simples, adequados para serem feitos em casa ou no trabalho e os cuidados necessários para evitar quedas e lesões.

Por fim, o tipo de exercício físico a ser prescrito deve ser adaptado às características da pessoa ou grupo em relação à idade, às limitações pessoais, aos objetivos, às condições de saúde e aos riscos produzidos pela doença. Para isso, é necessária a realização de uma avaliação física com anamnese e aplicação do Questionário de Prontidão para Atividade Física (Q-PAF), como padrão mínimo para inclusão em um programa de atividade física moderada.



O questionário pode ser aplicado em pessoas de 15 a 69 anos e possibilitará a triagem no grupo daqueles que não passaram pela avaliação clínica e necessitam da mesma para ingressar no programa de exercício físico (SILVA et al., 2010).

### 7.1.3 Abordagem psicossocial

No tratamento da obesidade é preciso levar em conta as questões culturais, sociais, e os aspectos psicológicos e/ou psiquiátricos que podem estar presentes. Na abordagem dos casos sugere-se que o profissional de saúde busque compreender:

- O significado do alimento na cultura local, incluindo mitos, as crenças e os rituais ligados ao ato de comer, bem como suas implicações na história do usuário. As escolhas individuais de consumo de alimentos são fortemente influenciadas por hábitos culturais.
- As dificuldades e conflitos do usuário diante das pressões da sociedade contemporânea para a manutenção de um corpo “perfeito” e magro, em contraponto ao apelo para o prazer a qualquer custo, inclusive no consumo de alimentos industrializados ultraprocessados, altamente calóricos e de baixo valor nutricional.
- Questões relacionadas à autoimagem, ou seja, a forma como a pessoa se percebe em relação a seus valores, ao seu mundo, ao seu corpo e às pessoas com quem ela se relaciona. É importante lembrar que, nos quadros de obesidade, existe grande chance de que a autoimagem corporal esteja em dissonância com a condição real do usuário.
- Presença de sofrimento mental e/ou questões subjetivas associadas ao quadro de obesidade: sintomas depressivos e/ou ansiosos, transtornos de depressão e ansiedade, transtorno de compulsão alimentar periódica, alterações na autoimagem e autoestima, além de dificuldades relacionadas à adesão ao tratamento e implicação no autocuidado.

### 7.1.4 Ações de profissionais da APS frente às questões subjetivas

- Criar espaço de escuta (individual e/ou coletiva) para ampliar a compreensão dos fatores relacionados à obesidade. A partir do vínculo estabelecido, é possível estimular reflexões para que o sujeito questione os motivos que, ao longo de sua história, contribuíram para a “construção” de um corpo obeso; o momento de vida em que a obesidade se desencadeou ou houve perda do controle do peso; e as situações vivenciadas em determinadas etapas da vida que podem estar relacionadas ou surgimento do quadro clínico da obesidade.

- Discutir casos complexos — aqueles não solucionados no âmbito da equipe — nas reuniões de apoio matricial e/ou realizar interconsultas com profissionais da saúde mental e da eMulti.
- Encaminhar o paciente para profissional especializado em saúde mental (psicólogo e/ou psiquiatra), quando necessário. No tratamento da obesidade, as abordagens psicológicas mais comuns são as de base psicanalítica e a terapia cognitivo-comportamental.
- Na perspectiva cognitivo-comportamental, uma técnica muito utilizada é a do auto registro do comportamento alimentar. A proposta é que o usuário anote diariamente, durante um determinado tempo, todos os alimentos consumidos, os sentimentos vivenciados e os comportamentos observados e relacionados à alimentação. É uma técnica que contribui para a compreensão dos aspectos subjetivos relacionados ao mecanismo de compulsão;
- Adotar a abordagem em grupo como ferramenta para troca de experiências, apoio mútuo e construção conjunta de soluções para situações semelhantes, a partir da identificação entre os participantes. O profissional de saúde deve avaliar se o paciente está preparado para essa construção compartilhada ou se há necessidade de atendimento individual com psicólogo e/ou psiquiatra.
- Reconhecer a influência familiar em muitos casos de obesidade, que frequentemente afeta mais de um membro da família. O profissional de saúde deve considerar as influências familiares, tanto positivas quanto negativas, e, quando possível, incentivar que o paciente busque apoio familiar como recurso para mudanças.
- Utilizar, quando apropriado, o Modelo Transteórico, cujo componente central é a identificação do estágio de mudança de comportamento do indivíduo em relação à perda de peso.

Para informações e orientações mais detalhadas, consultar *Cadernos de Atenção Básica, nº 35* – Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica: Obesidade.



## 7.2 TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

A linha de cuidado de obesidade do Ministério da Saúde não contempla o tratamento farmacológico. Os medicamentos aprovados para tratamento de sobrepeso e obesidade foram avaliados pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC), sendo decidido a não incorporação das medicações no SUS.

Desta forma, em concordância com o Ministério da Saúde e considerando que nenhum desses medicamentos está disponível no SUS para essa finalidade, este protocolo não inclui tratamento medicamentoso para obesidade.

No entanto, deve-se ressaltar que há estudos mostrando benefício do tratamento farmacológico para redução de peso corporal e de fatores de risco para outras comorbidades; porém, existem também estudos que questionam a eficácia dos mesmos quando comparados a placebos. Muitos dos estudos possuem limitações metodológicas e pode ser que, de um modo geral, o tratamento farmacológico ofereça benefícios modestos, considerando a complexidade multifatorial da obesidade.

Dessa forma, destacam-se alguns pontos acerca do tratamento farmacológico da obesidade:

- Os medicamentos aprovados para uso em obesidade no Brasil são: sibutramina, orlistate, liraglutida, semaglutida.
- Além desses, existem medicamentos aprovados para outras indicações que podem ser utilizados para perda ponderal de forma off-label. Dentre esses destaca-se a bupropiona, bupropiona-naltrexona e o topiramato.
- Não é recomendada a prescrição de fórmulas contendo associação medicamentosa de substâncias anorexígenas quando associadas entre si ou com ansiolíticos, diuréticos, hormônios, extratos hormonais ou laxantes, devido ao risco de potenciais danos.
- Metformina e fluoxetina não apresentam evidências de eficácia para perda de peso e não devem ser prescritos com esse objetivo.
- Não existe nenhum tratamento farmacológico com bons resultados a longo sem mudança de estilo de vida.
- O tratamento farmacológico não deve ser utilizado na ausência de adesão a outras medidas não medicamentosas.

- A decisão de iniciar a terapia medicamentosa deve ser individualizada e compartilhada com o paciente, após avaliação cuidadosa dos riscos e benefícios de todas as opções de tratamento.
- Nem todos os medicamentos funcionam para todos os pacientes; as respostas individuais variam amplamente.
- Nenhum dos medicamentos está indicado para gestantes ou lactantes.

Pacientes em abordagem multidisciplinar não farmacológica adequada, com boa adesão, que ainda não atendam aos critérios para encaminhamento ao ambulatório de doenças crônicas, mas que se enquadrem na condições descritas abaixo e que manifestem interesse em tratamento farmacológico, deverão ser discutidos em reunião de matriciamento do eMulti para considerar a indicação do tratamento medicamentoso e, se indicado, o caso deverá ser discutido com o endocrinologista do ambulatório de doenças crônicas.

Após a decisão terapêutica compartilhada com o paciente — considerando custos, riscos e benefícios —, o seguimento e o monitoramento continuarão sendo realizados na APS, com apoio matricial do ambulatório de doenças crônicas.

### **7.2.1 Critérios para considerar o tratamento farmacológico**

O tratamento farmacológico para o manejo do excesso de peso deve ser considerado apenas após criteriosa avaliação clínica, levando em conta o histórico do paciente, seu perfil de risco e os resultados obtidos com intervenções não farmacológicas. A decisão deve ser pautada em evidências científicas e nas diretrizes estabelecidas, garantindo segurança, eficácia e individualização da conduta.

Assim, recomenda-se iniciar o tratamento medicamentoso somente para pacientes que atendam aos seguintes critérios:

- **pacientes com IMC  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>, com ou sem comorbidades;**
- **pacientes com IMC entre 27 e 29,9 kg/m<sup>2</sup> com comorbidade associada;**
- **que não tenham alcançado redução de pelo menos 5% do peso corporal após 6 meses de tratamento clínico longitudinal, com boa adesão.**

**IMPORTANTE:** Ainda que o paciente preencha os critérios acima, o tratamento farmacológico não deverá ser indicado caso ele não tenha sido adequadamente acompanhado por equipe multidisciplinar por, no mínimo, seis meses, ou não tenha aderido adequadamente à abordagem não farmacológica.

### 7.3 TRATAMENTO CIRÚRGICO

O tratamento cirúrgico para obesidade deve ser considerado uma opção terapêutica apenas em situações específicas, quando comprovada a ineficácia das abordagens não cirúrgicas e após criteriosa avaliação multiprofissional. Essa modalidade de tratamento tem como objetivo reduzir complicações associadas à obesidade grave, melhorar a qualidade de vida e diminuir riscos cardiovasculares, metabólicos e ortopédicos.

#### 7.3.1 Indicações

As indicações para o tratamento cirúrgico da obesidade devem ser estabelecidas com base em critérios técnicos claros, considerando não apenas o índice de massa corporal (IMC), mas também a presença de comorbidades, o histórico de intervenções clínicas anteriores e a adesão do paciente às recomendações multiprofissionais. A seguir, estão descritos os principais critérios para definição da elegibilidade cirúrgica:

- Indivíduos que apresentem  $IMC \geq 50 \text{ kg/m}^2$ .
- Indivíduos que apresentem  $IMC \geq 40 \text{ kg/m}^2$ , com ou sem comorbidades, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado, na APS e/ou na Atenção Ambulatorial Especializada, por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos.
- Indivíduos com  $IMC \geq 35 \text{ kg/m}^2$  e com comorbidades, tais como pessoas com alto risco cardiovascular, DM e/ou HAS de difícil controle, apneia do sono, doenças articulares degenerativas, sem

sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos.

### 7.3.2 Contraindicações

Assim como existem critérios específicos para indicar o tratamento cirúrgico da obesidade, também é necessário reconhecer situações em que o procedimento não é recomendado. As contraindicações têm como objetivo garantir a segurança do paciente, evitando riscos desproporcionais ao benefício esperado. A seguir, estão elencadas as principais condições que podem inviabilizar ou postergar a realização da cirurgia bariátrica:

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

## 8 O PAPEL DOS PROFISSIONAIS DA APS NA CIRURGIA BARIÁTRICA

Cabe à APS a responsabilidade pela coordenação do cuidado na RAS mesmo nos casos em que os indivíduos com obesidade mórbida sejam acompanhados pelos serviços especializados, é fundamental que as equipes de AB mantenham o vínculo com esses usuários, inclusive nos períodos pré e pós-operatório.

Em 25 de abril de 2025, houve mudança na normatização do Conselho Federal de Medicina (CFM) sobre as cirurgias reconhecidas para o tratamento da obesidade e da doença metabólica.

São considerados elegíveis para a cirurgia bariátrica ou metabólica:

- Pacientes com IMC igual ou superior a 40 kg/m<sup>2</sup> (obesidade classe 3), independentemente da presença de comorbidade associada.
- Pacientes com IMC igual ou superior a 35 kg/m<sup>2</sup> (obesidade classe 2) e inferior a 40 kg/m<sup>2</sup>, quando associado a pelo menos uma doença agravada pela obesidade e que melhore com a perda ponderal.
- Pacientes com IMC igual ou superior a 30 kg/m<sup>2</sup> e inferior a 35 kg/m<sup>2</sup> (obesidade classe 1) na presença de:
  - DM2;
  - doença cardiovascular grave com lesão em órgão alvo;
  - doença renal crônica precoce em pacientes com DM 2;
  - apneia do sono grave;
  - doença gordurosa hepática não alcoólica com fibrose;
  - afecções com indicação de transplante;
  - refluxo gastroesofágico com indicação cirúrgica;
  - osteoartrose grave.

**OBSERVAÇÃO:** Pacientes com IMC  $\geq 60$  kg/m<sup>2</sup> devem ser avaliados quanto à estrutura física do hospital (camas, macas, mesas cirúrgicas, cadeiras de rodas e equipamentos médicos hospitalares), bem como à preparação da equipe multiprofissional, dado o aumento do risco de eventos adversos pela complexidade da condição.

No período pré-operatório, a equipe de Referência e a equipe de Apoio Matricial devem manter contato com a equipe de AE para, em conjunto, apoiarem o indivíduo e sua família especialmente no que se refere à disciplina alimentar — um dos fatores essenciais para o sucesso da intervenção cirúrgica e para a perda ponderal —, bem como ao acompanhamento psicológico por meio de escuta qualificada sobre os aspectos subjetivos relacionados ao corpo obeso e ao sofrimento psíquico e social frequentemente associados a obesidade. Além disso, devem oferecer suporte para a adequada preparação do paciente à cirurgia.

Na fase pós-operatória, este acompanhamento compartilhado entre os profissionais da APS e da AE deve ser mantido para potencializar a qualidade dos cuidados prestados aos pacientes recém-operados. Entre os objetivos, destacam-se: favorecer a recuperação completa e gradual da função digestiva; orientar para a prevenção de episódios de dumping; oferecer aconselhamento para a finalização da evolução dietética e o adequado balanceamento nutricional; e monitorar a adesão à suplementação prescrita.

Nos casos em que a equipe de AE não esteja localizada no mesmo município, pode-se utilizar a ferramenta de teleconsultoria para manter o contato com as equipes de Referência e de Apoio Matricial da APS.

Para informações e orientações mais detalhadas, consultar:

- Linha de Cuidado Obesidade no adulto:



- Cadernos de Atenção Básica, nº 38 – Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica – Obesidade:



- Diretrizes Brasileiras de Obesidade (2016) – Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica:

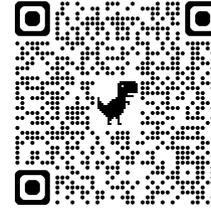
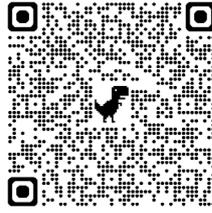
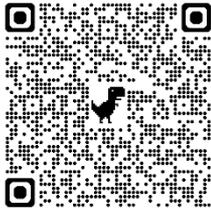


- Critérios para construção de Projeto Terapêutico Singular:
  - obesidade grau III;
  - comorbidades graves.

## 8.1 SITUAÇÕES ESPECIAIS: CRIANÇAS, ADOLESCENTES, GESTANTES E IDOSOS

Determinados grupos populacionais apresentam necessidades e características específicas que exigem avaliação e acompanhamento diferenciados no manejo do excesso de peso e da obesidade. Crianças, adolescentes, gestantes e idosos demandam atenção especial, considerando aspectos do crescimento, do desenvolvimento, do estado fisiológico e das mudanças próprias do envelhecimento. A seguir, destacam-se orientações e critérios específicos para cada um desses grupos:

- **Crianças e adolescentes:** para avaliação considerar as curvas de crescimento da OMS e escore Z; utilizar a Caderneta de Saúde da Criança e do adolescente, respectivamente:



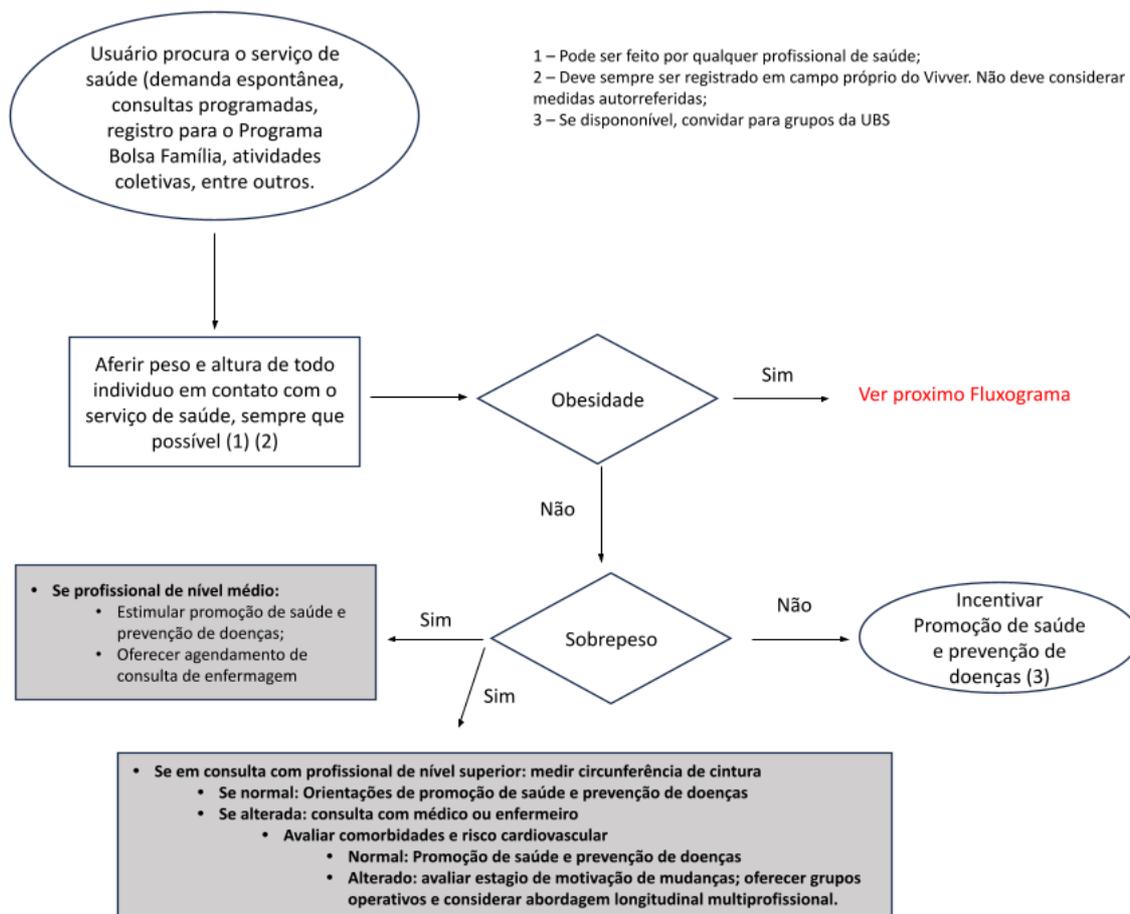
- **Gestantes:** o estado nutricional da gestante deve ser determinado por meio da classificação do IMC por semana gestacional (ver o Cartão da Gestante); durante a gestação não se recomenda dietas restritivas para perda de peso, somente orientações para alimentação saudável.
- **Idosos:** considerar excesso de peso IMC > 27 kg/m<sup>2</sup>. Para maiores informações, consultar o Manual sobre Alimentação Saudável para Pessoas Idosas



## 9 FLUXO DO USUÁRIO NA RAS DE NOVA LIMA

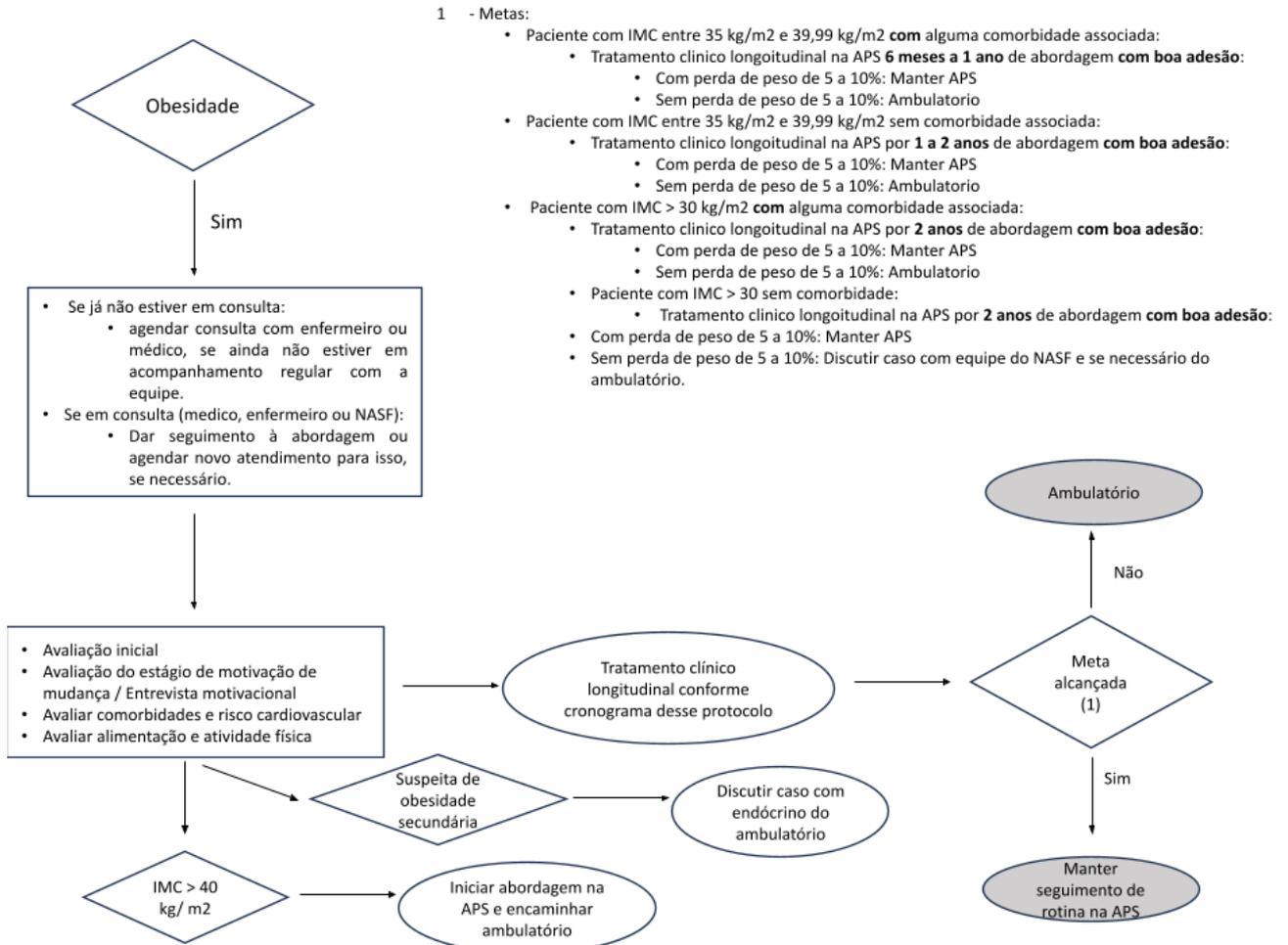
O fluxo do usuário na RAS de Nova Lima foi estruturado para garantir o acesso ordenado e qualificado aos serviços, respeitando os diferentes níveis de complexidade do cuidado e assegurando a integralidade da assistência. Os fluxogramas a seguir apresentam, de forma esquemática, o percurso do paciente dentro da rede, desde a APS até os serviços especializados, permitindo visualizar as etapas, critérios de encaminhamento, retorno e contrarreferência. Esse desenho busca otimizar o uso dos recursos disponíveis, reduzir duplicidades, fortalecer a coordenação do cuidado pela APS e assegurar a continuidade do acompanhamento dos usuários em todos os pontos de atenção.

**Figura 11** - Fluxo do usuário na RAS de Nova Lima



Fonte: Rede de Saúde de Nova Lima, 2025.

**Figura 12 - Fluxo do usuário na RAS de Nova Lima 2**



Fonte: Rede de Saúde de Nova Lima, 2025.

## 10 ABORDAGEM MENSAL MULTIPROFISSIONAL DO USUÁRIO

O cronograma abaixo representa as consultas mínimas a serem planejadas pela equipe, conforme as necessidades assistenciais individuais do paciente. Poderá ser definida uma frequência diferente – para mais ou para menos –, desde que não haja prejuízo para a qualidade do acompanhamento longitudinal nem para a adesão do paciente.

Outros profissionais da equipe poderão ser incluídos no cuidado sempre que necessário.

A indicação de encaminhamento ao ambulatório de doenças crônicas deverá ser feita nos meses 7, 12 e 24 do acompanhamento.

**Quadro 2** - Cronograma de abordagem mensal multiprofissional do usuário

MÊS	PROFISSIONAL	PROPOSTA	OBSERVAÇÃO
Acolhimento e abordagem inicial	Médico, enfermeiro ou eMulti	Abordagem inicial, avaliação o estágio de motivação de mudança, EM.	Se após a avaliação inicial o paciente desejar fazer o tratamento para obesidade, deverá iniciar-se o cronograma abaixo.
1º mês	Médico ou enfermeiro	Avaliação de complicações e orientações iniciais.	Se necessário, médico ou enfermeiro deverão solicitar exames
2º mês	Nutricionista, educador físico, assistente social. Cada profissional poderá fazer sua consulta individual ou compartilhada com os demais.	Avaliações individuais.	Orientação de atividade física que poderá ser exclusivamente fora da UBS ou associar atividades fora da UBS com grupos de atividades coletivas na UBS. Orientação nutricional individual.
3º mês	Médico, psicólogo.	Avaliações individuais.	Manter as atividades físicas prescritas. Manter participação em grupo de orientação nutricional.

<b>4º mês</b>	Enfermeiro, dentista.	Avaliações individuais.	Manter as atividades físicas prescritas. Manter participação em grupo de orientação nutricional e de abordagem psicoterápica.
<b>5º mês</b>	Nutricionista	Avaliação individual ou em grupo.	Manter as atividades físicas prescritas. Manter participação em grupo de orientação nutricional e de abordagem psicoterápica.
<b>6º mês</b>	Educador físico, psicólogo.	Avaliação individual ou em grupo.	Manter as atividades físicas prescrita. Manter participação em grupo de orientação nutricional e de abordagem psicoterápica.
<b>7º mês</b>	Médico	Avaliação individual.	Manter as atividades físicas prescritas. Manter participação em grupo de orientação nutricional e de abordagem psicoterápica.
<b>8º mês</b>	Nutricionista	Avaliação individual.	Manter as atividades físicas prescritas. Manter participação em grupo de orientação nutricional e de abordagem psicoterápica.
<b>9º mês</b>	Educador físico, psicólogo.	Avaliação individual.	Manter as atividades físicas prescritas. Manter participação em grupo de orientação nutricional e de abordagem psicoterápica.
<b>10º mês</b>	Enfermeiro	Avaliação individual.	Manter as atividades físicas prescritas. Manter participação em grupo de orientação nutricional e de abordagem psicoterápica.

<b>11º mês</b>	Nutricionista	Avaliações individuais	Manter as atividades físicas prescritas. Manter participação em grupo de orientação nutricional e de abordagem psicoterápica.
<b>12º mês</b>	Consulta compartilhada com pelo menos 2 profissionais (1 da ESF + 1 do eMulti).	Avaliação individual	Manter as atividades físicas prescritas. Manter participação em grupo de orientação nutricional e de abordagem psicoterápica.
<b>13º mês</b>	Médico, psicólogo.	Avaliação individual	Manter as atividades físicas prescritas. Manter participação em grupo de orientação nutricional e de abordagem psicoterápica.
<b>14º mês</b>	Nutricionista	Avaliação individual	Manter as atividades físicas prescritas. Manter participação em grupo de orientação nutricional e de abordagem psicoterápica.
<b>15º mês</b>	Educador físico	Avaliação individual	Manter as atividades físicas prescritas. Manter participação em grupo de orientação nutricional e de abordagem psicoterápica.
<b>16º mês</b>	Psicólogo, enfermeiro.	Avaliação individual	Manter as atividades físicas prescritas. Manter participação em grupo de orientação nutricional e de abordagem psicoterápica.
<b>17º mês</b>	Nutricionista	Avaliação individual	Manter as atividades físicas prescritas.

			Manter participação em grupo de orientação nutricional e de abordagem psicoterápica.
<b>18º mês</b>	Assistente social, educador físico.	Avaliação individual	Manter as atividades físicas prescritas. Manter participação em grupo de orientação nutricional e de abordagem psicoterápica.
<b>19º mês</b>	Médico, psicólogo.	Avaliação individual	Manter as atividades físicas prescritas. Manter participação em grupo de orientação nutricional e de abordagem psicoterápica.
<b>20º mês</b>	Nutricionista	Avaliação individual	Manter as atividades físicas prescritas. Manter participação em grupo de orientação nutricional e de abordagem psicoterápica.
<b>21º mês</b>	Educador físico	Avaliação individual	Manter as atividades físicas prescritas. Manter participação em grupo de orientação nutricional e de abordagem psicoterápica.
<b>22º mês</b>	Psicólogo, enfermeiro.	Avaliação individual	Manter as atividades físicas prescritas. Manter participação em grupo de orientação nutricional e de abordagem psicoterápica.
<b>23º mês</b>	Nutricionista	Avaliação individual	Manter as atividades físicas prescritas. Manter participação em grupo de orientação nutricional e de abordagem psicoterápica.

<b>24° mês</b>	Consulta compartilhada (1 ESF + 1 do eMulti).	Avaliação individual	Manter as atividades físicas prescritas. Manter participação em grupo de orientação nutricional e de abordagem psicoterápica. Alta do tratamento ou encaminhamento ao ambulatório.
----------------	---	----------------------	--

Fonte: UpToDate - Obesity in adults: etiologies and risk factors. Acesso em 29/08/2025

## 10.1 ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE DCNT

### 10.1.1 Critérios

- Suspeita de obesidade secundária (provocada por problemas endocrinológicos, como síndrome de Cushing, acromegalia, hipogonadismo, entre outros).
  - Nestes casos, deve-se discutir o caso da suspeita com o endocrinologista do ambulatório antes de encaminhar.
  - Não é necessário encaminhar pacientes com obesidade secundária ao uso de medicamentos.
- Paciente com IMC > 40 kg/ m<sup>2</sup>: iniciar a abordagem multiprofissional na APS e encaminhar ao ambulatório para abordagem individualizada.
- Paciente com IMC entre 35 kg/m<sup>2</sup> e 39,99 kg/m<sup>2</sup> com alguma comorbidade associada: encaminhar se sem sucesso no tratamento clínico longitudinal\* por 6 meses a 1 ano, com boa adesão.
- Paciente com IMC entre 35 kg/m<sup>2</sup> e 39,99 kg/m<sup>2</sup> sem comorbidade associada: encaminhar se sem sucesso no tratamento clínico longitudinal\* por 1 a 2 anos, com boa adesão.
- Paciente com IMC entre 30 kg/m<sup>2</sup> e 34,99 comorbidade associada: encaminhar se sem sucesso no tratamento clínico longitudinal\* por 2 anos, com boa adesão.

### 10.1.2 Dados mínimos para os encaminhamentos:

- APS para a atenção secundária:
  - Sinais e sintomas.
  - Peso, altura e IMC.
  - Comorbidades associadas (é obrigatório já ter realizado a avaliação de complicações recomendada na linha de cuidado de obesidade).
  - Risco cardiovascular ou doença cardiovascular (sim ou não). Se sim, informar qual doença cardiovascular.
  - Breve descrição do tratamento clínico longitudinal multiprofissional realizado na APS.
  - Em casos que não preencham integralmente os critérios descritos acima o encaminhamento deve ser previamente discutido com a equipe do ambulatório de doenças crônicas, especificando no campo de justificativa, o motivo do encaminhamento fora dos critérios e com qual profissional o caso foi discutido.
- Atenção Secundária para a APS:
  - O relatório deve ser entregue ao paciente e uma cópia enviada ao e-mail da UBS de referência.
  - Deve estar registrado em prontuário, com fácil acesso para todos os profissionais da rede.

### 10.1.3 Condições para alta

- Pacientes previamente acompanhados na Policlínica devido a HAS, DM2, DRC ou obesidade:
  - Se tiver critérios para o ambulatório de DCNT: encaminhamento ao ambulatório.
  - Se não tiver critérios para o ambulatório de DCNT: alta da AE para a APS.
- Pacientes sem acompanhamento prévio na policlínica e encaminhados ao ambulatório de DCNT:

- Se tiver critérios para o ambulatório de DCNT: manter no ambulatório, com plano de cuidados definido no serviço.
- Caso o paciente não precise de vinculação definitiva no serviço, deverá permanecer na AE apenas o tempo necessário para se alcançar os objetivos propostos e deverá receber alta com contrarreferência para a APS.
- Se não tiver critérios para o ambulatório de DCNT: alta da atenção secundária para a APS com relatório justificando motivo de não discordância do encaminhamento.
- Pacientes em acompanhamento no ambulatório de DCNT:
  - Pacientes cuja complexidade demande vinculação definitiva no ambulatório: deverão ter permanentemente seu plano de cuidados compartilhado com a APS, para melhor coordenação do cuidado.
  - Pacientes com vinculação temporária, encaminhados para manejos pontuais ou para matriciamento: alta para a APS após alcançados os objetivos ou feita a avaliação necessária para o adequado matriciamento.

O relatório de contrarreferência deverá conter os seguintes dados mínimos:

- História clínica detalhada, com descrição das comorbidades, de sintomatologias e complicações crônicas associadas.
- Dados relevantes do exame físico direcionado.
- Laudos de exames laboratoriais realizados (mais recentes) e pertinentes.
- Medicações em uso, com dose e posologia.
- Plano de cuidados proposto para ser continuado na APS, incluindo o motivo da alta e outras informações relevantes.

## 10.2 REGISTRO E MONITORAMENTO DAS ATIVIDADES

Para fortalecer a atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no município, é importante realizar a vigilância alimentar e nutricional em todas as oportunidades de contato do usuário com a UBS ou com as equipes da APS.

O registro dos dados de peso, altura e marcadores de consumo alimentar permite a atuação imediata das equipes, melhor organização do processo de trabalho e a análise da situação

de saúde, alimentação e nutrição, além de possibilitar a qualificação das intervenções e a identificação de necessidades e prioridades no território.

O SISVAN permite subsidiar a gestão na análise dos indicadores de alimentação e nutrição da população. Dessa forma:

- O rastreio deverá ser feito através da medição de altura, peso e calculando o IMC.
  - Os dados antropométricos devem ser registrados nos campos próprios do sistema de prontuário eletrônico vigente.
- A coleta pode ser realizada por qualquer profissional de saúde, em qualquer contato com o usuário.
- Sempre que identificada a condição de obesidade, no campo condição avaliação do sistema de prontuário eletrônico vigente deverá ser lançado algum dos seguintes CID-10 ou Classificação Internacional de Assistência Primária (CIAP-2).
  - CID 10:
    - E66: obesidade;
    - E66.0: obesidade devida a excesso de calorias;
    - E66.1: obesidade induzida por drogas;
    - E66.2: obesidade extrema com hipoventilação alveolar;
    - E66.8: outra obesidade;
    - E66.9: obesidade não especificada.
  - CIAP-2:
    - T82: obesidade;
    - T83: excesso de peso.
- A avaliação alimentar, por meio da coleta dos marcadores de consumo alimentar disponíveis em formulário próprio no e-SUS, deverá ser realizada anualmente para todos os indivíduos e efetuada pelo ACS durante a visita domiciliar de rotina.

### 10.3 APOIO À MANUTENÇÃO À PERDA DE PESO

O suporte contínuo dos profissionais de saúde é essencial para a manutenção do peso perdido e para facilitar a adesão ao novo estilo de vida.

Intervenções comportamentais são geralmente eficazes para reduzir de 8 a 10% do peso, sendo a perda máxima nos primeiros 6 meses.

Após esse período, há uma tendência de recuperação de um terço à metade do peso no primeiro ano, principalmente na ausência da continuidade dos cuidados. Em média, o retorno ao peso basal ocorre entre 3 e 5 anos.

O reganho de peso se relaciona à diminuição da adesão às orientações nutricionais, à prática de atividade física e aos mecanismos compensatórios endógenos. O peso corporal é fisiologicamente controlado, e, para evitar sua recuperação, faz-se necessário um esforço contínuo porque, mesmo com total comprometimento, questões físicas, psicológicas, sociais e ambientais que são inerentes à vida podem deixar ainda mais desafiadora a manutenção do peso.

O ambiente familiar e social é determinante para o sucesso ou fracasso na manutenção de hábitos saudáveis, e sua abordagem deve ser considerada como parte do plano de cuidado

Consulta Pública

## REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA – ABESO. *Diretrizes brasileiras de obesidade 2016*. 4. ed. São Paulo: ABESO, 2016.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal. *Guia metodológico obesidade: estratégias para abordagem coletiva e individual*. Belo Horizonte: PBH, 2016.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal. *Síntese operativa obesidade: ações na Atenção Primária*. Belo Horizonte: PBH, 2016.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. *Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas de sobrepeso e obesidade em adultos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Linha de cuidado obesidade*. Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/obesidade-no-adulto/>. Acesso em: 6 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. *Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde; UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. *Instrutivo para o cuidado da criança e do adolescente com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde* [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde; UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. *Material teórico para suporte ao manejo da obesidade no Sistema Único de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Telessaúde RS-UFRGS. *Telecondutas: obesidade*. Porto Alegre, 28 dez. 2022. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/materiais-teleconduta/>. Acesso em: 6 ago. 2025.