

TeleCondutas[®]

Obesidade

Versão digital

2022

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
Faculdade de Medicina – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia
TelessaúdeRS-UFRGS

Rua Dona Laura, 320 – 11º andar
Bairro Rio Branco
CEP: 90430 – 090 – Porto Alegre/RS
Tel.: (51) 3333-7025
Site: www.telessauders.ufrgs.br
E-mail: contato@telessauders.ufrgs.br

Coordenação Geral:
Roberto Nunes Umpierre
Natan Katz

Coordenação Científica
Marcelo Rodrigues Gonçalves

Organizadores:
Ana Cláudia Magnus Martins
Elise Botteselle de Oliveira
Gabriela Monteiro Grendene
Rafaela Fernandes Barreto
Rudi Roman

Autores:
Alexandre Wahl Hennigen
Ana Cláudia Magnus Martins
Daiane Taís Schwantes
Dimitris Rucks Varvaki Rados
Elise Botteselle de Oliveira
Gabriela Monteiro Grendene
Juliana Keller Brenner
Rafaela Fernandes Barreto
Roberta Martins Costa Moreira Allgayer
Rudi Roman

Designer:
Luisa Maria do Nascimento

Revisão ortográfica e normalização:
Angélica Dias Pinheiro

Como citar este documento:
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS). **Telecondutas**: obesidade. Porto Alegre, 28 dez. 2022. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/materiais-teleconduta/>. Acesso em “dia, mês abreviado e ano da citação”.

Publicado 28 de dezembro de 2022.

TELECONDUTAS Nº 36 – OBESIDADE

Sumário

Introdução	4
Etiologia	4
Avaliação.....	5
Estado nutricional e diagnóstico.....	5
Acompanhamento de complicações e comorbidades	6
Manejo.....	6
Tratamento não farmacológico	9
Terapia nutricional.....	10
Atividade física.....	13
Tratamento farmacológico.....	14
Sibutramina	16
Orlistate.....	16
Liraglutida.....	17
Semaglutida.....	17
Bupropiona.....	18
Topiramato.....	18
Encaminhamento ambulatorial para serviço especializado.....	18
Apêndice 1 - Dúvidas comuns	21
Apêndice 2 - Materiais complementares.....	23
Apêndice 3 - Resumo do Guia Alimentar - Dez passos para uma alimentação saudável	35
Apêndice 4 - Tamanho do manguito conforme circunferência braquial e correção quando tamanho adequado indisponível.....	37
Referências	38

Introdução

A obesidade é uma doença crônica, definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como o acúmulo anormal ou excessivo de gordura no corpo [1]. Está associada ao aumento de morbidade e mortalidade, incluindo aumento de risco de eventos cardiovasculares, diabetes, doenças musculoesqueléticas e de algumas neoplasias [1,2,3]. O Índice de Massa Corporal (IMC) é um índice simples de peso para altura, comumente usado para classificar o sobrepeso e a obesidade em adultos [1]. É definido como o peso de uma pessoa em quilogramas dividido pelo quadrado de sua altura em metros (kg/m^2) [1]. Um adulto é considerado obeso quando seu IMC é maior ou igual a $30 \text{ kg}/\text{m}^2$ [1].

Estima-se que metade da população brasileira urbana tenha sobrepeso ou obesidade [4]. Atualmente, a obesidade está presente em aproximadamente 22% dos adultos e a tendência é de agravamento progressivo; estimativas indicam mais de 30% das mulheres e 20% dos homens brasileiros com obesidade em 2025 [4,5]. Como uma condição de altíssima prevalência e associada com maior risco para doenças cardiovasculares, diabetes e câncer, a APS tem papel fundamental no tratamento e acompanhamento dos pacientes obesos, bem como na prevenção da obesidade [6,7].

Etiologia

A obesidade é uma doença multifatorial. Existem causas monogênicas e endocrinológicas secundárias, mas a maioria dos pacientes com obesidade tem uma interação entre genes e fatores externos, como padrões de consumo de alimentos e estilo de vida [8].

Apesar de individualmente raros, algumas condições de saúde podem estar associadas com ganho de peso [8]. O profissional deve estar atento a elas:

- Medicamentos: principalmente corticoesteroides, antidepressivos e anticonvulsivantes (ver [Quadro 1](#));
- Doenças endócrinas: hipotireoidismo, síndrome de Cushing, síndrome dos ovários policísticos, hipogonadismo, privação e distúrbios do sono;
- Fatores sociais/situacionais: cessação do tabagismo, estresse, pós-operatório;
- Doenças genéticas;
- Transtornos alimentares: compulsão alimentar periódica (*binge eating disorder*), bulimia e síndrome de alimentação noturna.

Quadro 1 – Fármacos obesogênicos.

Classe	Principais exemplos
Antipsicóticos atípicos	Olanzapina, clozapina, risperidona, quetiapina
Antidepressivos	Amitriptilina, mirtazapina, paroxetina, citalopram, nortriptilina
Estabilizadores de humor	Lítio
Glicocorticoides	Prednisona
Betabloqueadores	Propranolol
Hipoglicemiantes	Insulina, sulfoniluréias (glibenclamida)
Anticonvulsivantes	Fenitoína, ácido valpróico, gabapentina, carbamazepina
Anti-histamínicos	Principalmente 1ª geração, como dexclorfeniramina e hidroxizine
Hormônios	Principalmente progestágenos, como a medroxiprogesterona

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022) adaptado de UptoDate (2021) [8].

Avaliação**Estado nutricional e diagnóstico**

Em adultos, o diagnóstico da obesidade é feito com base no IMC, que é calculado através da divisão do peso em quilogramas pelo quadrado da altura em metros (kg/m^2) [6,9]. O sobrepeso é definido por IMC de 25 a 29,9 kg/m^2 , e obesidade por $\text{IMC} \geq 30 \text{ kg}/\text{m}^2$ [1].

Quadro 2 - Classificação do estado nutricional e pontos de corte para obesidade em adultos a partir do IMC.

Classificação do estado nutricional	Pontos de corte
Baixo peso	$< 18,5 \text{ kg}/\text{m}^2$
Eutrófico	$\geq 18,5 \text{ e } < 25 \text{ kg}/\text{m}^2$
Sobrepeso	$\geq 25 \text{ e } < 30 \text{ kg}/\text{m}^2$
Obesidade grau I	$\geq 30 \text{ e } < 35 \text{ kg}/\text{m}^2$
Obesidade grau II	$\geq 35 \text{ e } < 40 \text{ kg}/\text{m}^2$
Obesidade grau III	$\geq 40 \text{ kg}/\text{m}^2$

Fonte: OMS, 1995 [9].

Os pontos de corte acima são arbitrários. Em algumas situações, como hipertrofia muscular marcada, idade maior que 80 anos e pacientes orientais, o IMC pode não identificar adequadamente pacientes obesos [10].

A circunferência abdominal deve ser medida em todos os pacientes adultos obesos com IMC < 35Kg/m², pois auxilia na definição daqueles que pertencem ao grupo com maior risco de mortalidade [11,12]. A medida é feita com fita métrica na altura do ponto médio entre a crista ilíaca e a borda inferior da última costela. Uma circunferência abdominal ≥ 94 cm para homens e ≥ 80 cm para mulheres é considerada elevada e indicativa de risco cardiometabólico aumentado. A medida da circunferência da cintura é desnecessária em pacientes com IMC ≥ 35 kg/m², já que a maioria dos indivíduos com esse IMC também apresenta circunferência da cintura anormal e já pertencem ao grupo de alto risco [2,3].

Outras ferramentas, como impedância bioelétrica e pletismografia de deslocamento aéreo, podem ser utilizadas em pacientes em que o diagnóstico de obesidade é duvidoso a partir do IMC e exame físico. O acesso a esses exames é restrito e sua utilidade clínica limitada [2].

Acompanhamento de complicações e comorbidades

É essencial, em todas as consultas, a verificação da pressão arterial com manguito adequado ([Apêndice 3](#)), além do questionamento sobre tabagismo e atividade física regular. **Nos pacientes sem comorbidades estabelecidas e sem suspeita clínica, é recomendado rastreamento inicial de complicações e comorbidades com os seguintes exames complementares:** hemograma completo, glicemia de jejum, perfil lipídico (colesterol total, HDL e triglicerídeos), TGO/AST, TGP/ALT e TSH [2,8].

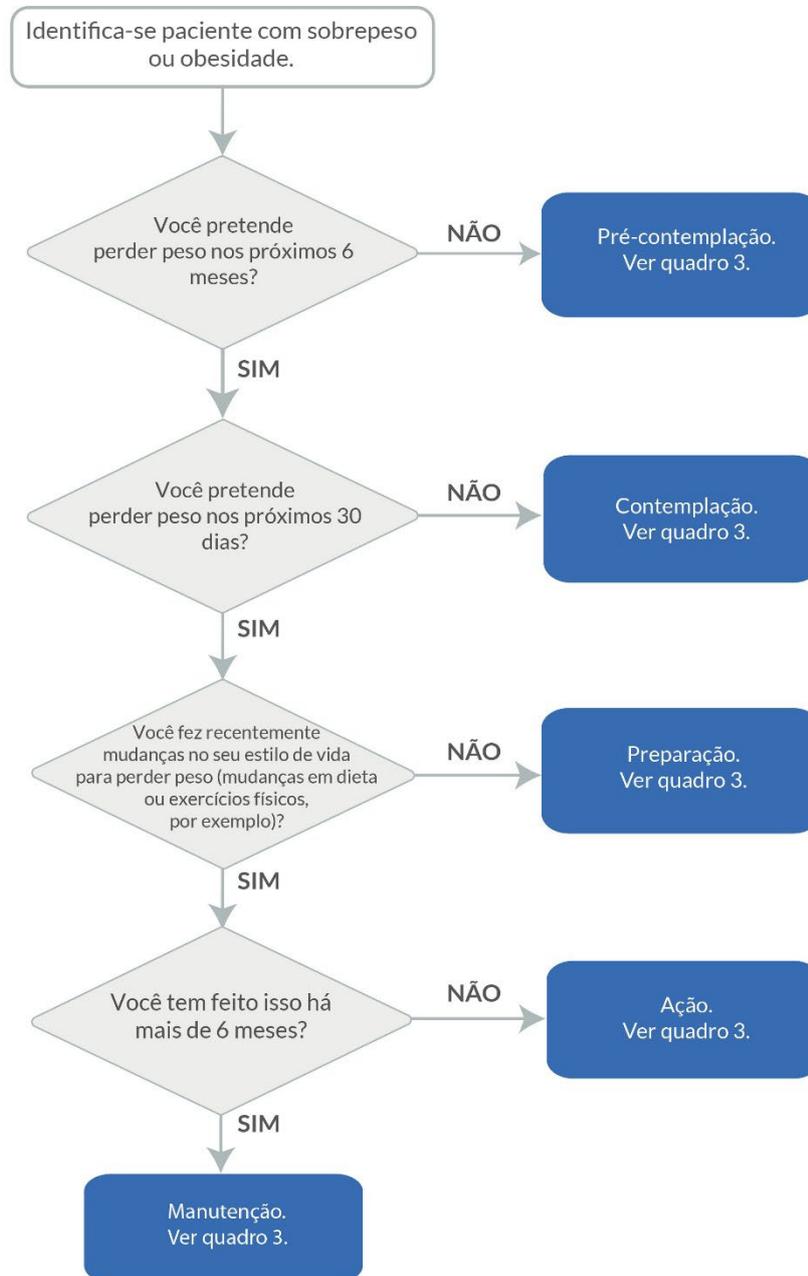
Na avaliação clínica de uma pessoa com obesidade devem ser consideradas ainda outras doenças relacionadas, de acordo com a suspeita clínica: doença do refluxo gastroesofágico, hérnia hiatal, asma, apneia obstrutiva do sono, doenças cardiovasculares, gota, osteoartrite, doença hepática gordurosa não alcoólica, vários tipos de câncer, incontinência urinária, colelitíase, insuficiência venosa crônica, infecções fúngicas e depressão [3].

Manejo

A ideia de que a obesidade é uma condição causada por “maus comportamentos” pode levar os profissionais a responsabilizar as pessoas com obesidade por sua condição, resultando em atitudes negativas e pouco produtivas em relação ao tratamento [10]. 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) e estimular o início do tratamento, conforme proposto na [Figura 1](#). Ignorar esses passos gera frustração tanto

no profissional quanto no paciente. Assim, devemos ampliar o olhar sobre o sujeito, tendo em vista o amplo contexto em que ele se insere [10].

Figura 1 - Avaliação de estágio de mudança do paciente em relação à perda de peso.



Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022) adaptado de Ministério da Saúde (2014b) [13].

Antes de começar o tratamento não farmacológico, é fundamental uma discussão sobre a motivação do paciente, os resultados esperados e frustrações associadas com o tratamento da obesidade, além da importância de associar diferentes intervenções e profissionais no tratamento.

O tratamento da obesidade é complexo, multiprofissional e demanda múltiplas intervenções e envolvimento ativo do paciente. O objetivo é a perda sustentada de peso para obter benefícios em relação às comorbidades associadas e diminuição da mortalidade por todas as causas. A perda de 5 a 10% do peso está associada com benefícios à saúde, apresentando melhorias em níveis pressóricos e glicêmicos, bem como melhora na qualidade de vida, funcionamento físico e mobilidade, redução de incontinência urinária, apneia do sono e depressão [14].

Para pacientes motivados na fase de preparação ([Quadro 3](#)), intervenções alimentares e comportamentais devem ser sempre realizadas [3,6]. Todas as intervenções para perda ponderal partem do racional de alterar o equilíbrio de ingestão e gasto energético, no sentido de fazer um balanço calórico negativo. Além disso, as intervenções para obesidade (dieta, fármacos, cirurgia) perdem a eficácia com o passar do tempo e há uma tendência natural de reganho de peso. Na fase de manutenção de peso busca-se evitar esse reganho ou limitá-lo. Esse aspecto deve ser discutido com o paciente, combatendo a resistência a algum tratamento por medo do “efeito rebote” [10].

Quadro 3 - Estágios de motivação de mudança e ações a serem desenvolvidas pelos profissionais de saúde.

Estágio	Conceito	Ação do profissional de saúde
Pré-contemplação	Indivíduos que não têm a intenção de modificar determinado comportamento em um futuro próximo, ainda que este seja reconhecido como inadequado.	Fornecer informações; levantar dúvidas e trazer questionamentos; aumentar e fortalecer a percepção acerca dos riscos e problemas decorrentes do comportamento atual; evidenciar a discrepância entre os objetivos pessoais e o comportamento; dar feedback.
Contemplação	Indivíduos que começaram a refletir sobre a realização de uma mudança de comportamento, mas ainda não estabelece prazos para isso devido às barreiras encontradas para entrar em ação.	Explorar as dúvidas e dificuldades para que a pessoa saia da contemplação para a preparação; reforçar as razões para mudar e os riscos de não mudar o comportamento-alvo; fornecer apoio.
Preparação	Indivíduos que passaram a estabelecer pequenas metas para efetivar uma mudança de comportamento nos próximos 30 dias.	Auxiliar na elaboração e no detalhamento de um plano de ação – questionar quando, como e onde pretende realizá-lo, como irá se organizar, qual a data de início, quais são as metas e os prazos, quais os obstáculos, quem ou o que ajudará.
Ação	Indivíduos que alteraram seu comportamento recentemente.	Acompanhar a realização dos passos para a mudança, avaliar em conjunto o foco na mudança, os resultados atuais, a necessidade de adequação e a persistência.
Manutenção	Indivíduos que mantiveram sua mudança de comportamento por um período maior (mais de seis meses).	Ajudar na identificação dos benefícios do comportamento assumido e na valorização do que está funcionando; reconhecer as situações de risco e as estratégias de enfrentamento; prevenir deslizes e recaídas.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022) adaptado de Ministério da Saúde (2014a) [6].

Tratamento não farmacológico

Intervenções comportamentais intensivas são efetivas para o manejo da obesidade, sendo consideradas a primeira linha de tratamento. Considerando as características das intervenções com maiores chances de sucesso para perda ponderal, recomenda-se que elas tenham as seguintes características [15]:

- sejam projetadas para ajudar as pessoas a alcançar ou manter uma perda de peso de 5 a 10% através de uma combinação de mudanças dietéticas e atividade física;

- concentrem-se em identificar barreiras para a resolução de problemas, no automonitoramento de peso, apoio e prevenção de recaídas; e
- forneçam ferramentas para apoiar a perda de peso ou manutenção de perda de peso (por exemplo, folhetos e materiais explicativos [ver apêndices], aplicativos para celular e vídeos).

Terapia nutricional

A mudança nos hábitos alimentares é a base para qualquer intervenção de perda ponderal, mesmo nos pacientes com doenças metabólicas graves (síndrome de Cushing, Prader-Willi). Diferentes estratégias foram testadas para isso e podem ser divididas arbitrariamente em dois grupos: dietas com redução do número total de calorias (hipocalóricas) e dietas que alteram a proporção de macronutrientes (carboidratos, proteínas e gorduras). Não existe resposta definitiva se algum tipo de dieta é melhor que a outra, mas é provável que o fator determinante seja a aceitação e adesão inicial do paciente e a manutenção. Além disso, deve-se atentar para dietas muito desequilibradas em termos de macronutrientes e micronutrientes (vitaminas, minerais) e que podem levar à desnutrição [10].

Considerando os aspectos acima, propomos abaixo uma abordagem mais comportamental e menos prescritiva, seguindo as recomendações do Ministério da Saúde do Brasil. Assim, o atendimento é esquematizado em encontros individuais ou coletivos. Conforme a disponibilidade do paciente e os recursos do serviço, sugere-se que esses encontros sejam pelo menos mensais, com maior frequência de encontros nos primeiros 6 meses. É recomendada pelo menos uma avaliação médica anual para pacientes sem comorbidades. Se apresentar comorbidades, a frequência de retornos deve ser definida conforme as metas terapêuticas [13,16].

A seguir, uma sugestão para essa abordagem em encontros. Veja uma versão para impressão [aqui](#).

1º encontro

- Realizar anamnese: história do ganho de peso e os fatores desencadeantes, padrões alimentares, hábitos de atividade física, doenças pré-existentes, exames e tratamentos realizados e expectativas do paciente. Ainda dentro desse contexto, recomenda-se investigar aspectos familiares, como história de obesidade, condições associadas e hábitos alimentares e de exercício.
- Verificar peso e altura.
- Deve-se identificar: o padrão de consumo alimentar. Essa avaliação pode ser realizada na consulta, através da entrevista por meio de questionário de frequência alimentar. Alternativas incluem observação direta da ingestão alimentar, registros alimentares de 3, 7 ou 10 dias (realizados pelo paciente, previamente à consulta) e recordatório alimentar de 24h (realizado pelo profissional) – essas duas últimas ferramentas estão disponíveis no [Apêndice 2](#); você pode imprimi-las para utilizar nos seus atendimentos.
- A partir da anamnese, avaliação do estado nutricional, identificação de estágio de mudança ([Quadro 3](#)) e padrão de consumo alimentar, definir alterações dietéticas em conjunto com a pessoa, com parâmetros objetivos de revisão e controle pelo paciente e profissional. As metas devem ser viáveis e incorporadas à rotina do paciente.
- As metas devem ser estabelecidas conforme técnica de entrevista motivacional, descrita no [Apêndice 2](#).
- Deve ser orientada atividade física conforme sexo, faixa etária, comorbidades e possibilidades do indivíduo (ver [quadro 2](#)).
- Iniciar a abordagem dos 10 passos para a alimentação saudável contida no *Guia Alimentar para a População Brasileira* - sugerimos iniciar com os passos de 1 e 2 no primeiro encontro ([Apêndice 3](#)).

É fundamental utilizar técnicas de comunicação que promovam empatia e vínculo, com cuidado de não estigmatizar a pessoa. Além disso, propor mudanças cabíveis e sustentáveis ao paciente, para que ele aceite e concorde com o proposto.

2º encontro

- Realizar e discutir o recordatório alimentar de 24h.
- Acolher e solucionar as dúvidas.
- Retomar as metas estabelecidas no primeiro encontro.
- Reforçar pontos positivos.

- Prosseguir com a discussão dos 10 passos para alimentação saudável - sugerimos os passos de 3 e 4 no segundo encontro ([Apêndice 3](#)).
- Retomar as metas e verificar junto ao indivíduo o que pode ser modificado e melhorado.
- Verificar o peso.

3º encontro

- Acolher e solucionar as dúvidas dos encontros e discussões anteriores.
- Retomar as metas estabelecidas.
- Continuar a discussão dos 10 passos para alimentação - sugerimos os passos 5 a 7 ([Apêndice 3](#)).
- Reforçar e parabenizar pelas mudanças comportamentais bem sucedidas e corrigir as inadequadas.
- Verificar o peso.

4º encontro

- Acolher e solucionar as dúvidas dos encontros e discussões anteriores.
- Retomar as metas estabelecidas no terceiro encontro.
- Reforçar pontos positivos e discutir pontos negativos deixando espaço para o paciente apresentar a sua impressão da situação e adesão.
- Continuar a discussão aos 10 passos para alimentação saudável - sugerimos fechar os últimos 3 passos ([Apêndice 3](#)).
- Verificar o peso:
 - havendo perda mínima de 5% do peso, manter acompanhamento e medidas - encontros posteriores a critério do paciente e profissional, para reforço e manutenção das mudanças;
 - não havendo perda mínima de 5% do peso, considerar tratamento farmacológico.

Atividade física

A atividade física praticada com regularidade reduz o risco de doenças cardiovasculares, diabetes tipo 2, hipertensão, alguns tipos de câncer e depressão, além de ser um fator determinante para o consumo energético, sendo relevante para se obter o controle do peso. Pode-se utilizar como atividade física qualquer tipo de gasto energético acima do usual do paciente. Isso inclui, mas não se restringe a [17]:

- atividades recreativas ou de ócio como esportes individuais ou coletivos;
- deslocamentos a pé ou de bicicleta;
- atividades ocupacionais e tarefas domésticas;

A equipe da unidade de saúde pode ter papel central no aumento da adesão a atividades físicas, criando grupos de exercícios na comunidade, por exemplo. A OMS possui recomendação de atividade física dividida em três faixas etárias, conforme quadro abaixo.

Quadro 4 - Níveis recomendados de atividade física para a saúde conforme faixa etária.

	Faixa etária		
	5-17 anos	18-64 anos	65 anos ou mais
Tipo de atividade	Jogos, esportes, atividades recreativas, educação física.	Atividades recreativas, deslocamentos, atividades ocupacionais, domésticas, jogos, esportes ou exercícios programados.	Atividades recreativas, deslocamentos, atividades ocupacionais, domésticas, jogos, esportes ou exercícios programados.
Quantidade recomendada de atividade física aeróbica	No mínimo 60 minutos diários de atividade física moderada ou vigorosa, sendo em sua maior parte, aeróbica.	No mínimo 150 minutos semanais de atividade física aeróbica moderada ou 75 minutos de atividade física aeróbica vigorosa.	No mínimo 150 minutos semanais de atividade física aeróbica moderada ou 75 minutos de atividade física aeróbica vigorosa.
Frequência recomendada de atividade de fortalecimento muscular	Recomenda-se realizar 3 vezes ou mais por semana atividade para fortalecimento muscular.	Recomenda-se realizar 2 vezes ou mais por semana atividade para fortalecimento muscular.	Recomenda-se realizar 2 vezes ou mais por semana atividade para fortalecimento muscular. Indivíduos com mobilidade reduzida beneficiam-se de atividade física para melhorar o equilíbrio e prevenir quedas.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022) adaptado de OMS (2010) [18].

Tratamento farmacológico

O tratamento farmacológico pode ser considerado para aqueles pacientes que não alcançarem redução de pelo menos 5% do peso em 3 a 6 meses com as modificações comportamentais e que apresentem IMC >30 kg/m² ou entre 27 e 29,9 kg/m² com umas das comorbidades: risco cardiovascular maior que 20% em 10 anos, doença cardiovascular, hipertensão arterial de difícil controle, diabetes mellitus de difícil controle, síndrome da apneia e hipopneia obstrutiva do sono (apneia do sono), doença articular degenerativa [19,20]. A decisão de iniciar o tratamento medicamentoso deve ser baseada no perfil de risco e benefícios de acordo com as características individuais dos pacientes.

Os medicamentos aprovados para uso em obesidade no Brasil são: sibutramina, orlistate e liraglutida [20]. Além desses, medicamentos aprovados para outras indicações estão associados com perda de peso e são utilizados para perda ponderal de forma *off-label*. Dentre esses destaca-se a semaglutida, a bupropiona e o topiramato [20]. Ver [Quadro 5](#) para mais detalhes sobre o uso.

Há poucas comparações diretas e, portanto, avaliações comparativas de eficácia são limitadas. Quando comparados com placebo, a eficácia dos fármacos antiobesidade parece ser semelhante [21]. Além disso, a maioria desses medicamentos não está contemplada na RENAME [22] e, portanto, questões relativas a custos devem ser discutidas com os pacientes.

Os principais fármacos para tratamento de obesidade estão resumidos no [quadro 5](#).

Quadro 5 – Tratamento farmacológico da obesidade.

Princípio Ativo	Efeito sobre a perda de peso	Dosagem	Contraindicação	Efeitos adversos	Custo Mensal Mínimo ¹
Sibutramina ²	Aumento da saciedade e do gasto energético.	10 mg, 1x/dia (inicial) e 15 mg, 1x/dia (após 30 dias, se pressão arterial e frequência cardíaca normais).	Hipertensão arterial mal controlada, insuficiência renal, disfunção hepática grave, glaucoma, abuso de drogas e doença cardiovascular estabelecida.	Aumento da FC e a PA, insônia, xerostomia, constipação e nervosismo.	R\$ 43,68; 30 cp 15mg.
Orlistate	Inibe a absorção de gorduras ingeridas.	120 mg, 3x/dia, administrado junto às principais refeições.	Má absorção, colestase ou cálculos de oxalato de cálcio.	Flatulência, cólicas abdominais, urgência e/ou incontinência fecal com esteatorreia e deficiência de vitaminas lipossolúveis (A, D, E, K).	R\$ 292,22; 90cp de 120mg.
Liraglutida	Aumento da saciedade e atraso do esvaziamento gástrico.	0,6 mg 1x/dia, SC, sendo aumentada semanalmente para 1,2 mg, 1,8 mg, 2,4 mg e 3,0 mg (dose máxima).	Gestantes e pacientes com história familiar de carcinoma medular de tireoide ou história pessoal de neoplasia endócrina múltipla 2A ou 2B.	Gastrointestinais (náuseas, vômitos, constipação, diarreia).	R\$ 1151,86; 5 canetas de 6 mg/ml com 3 ml cada.
Semaglutida ³ <i>off-label</i>	Aumento da saciedade e atraso do esvaziamento gástrico. Uso aprovado no Brasil para tratamento de diabetes.	0,25 mg, SC 1x/semana, aumentada mensalmente para 0,5 mg, 1 mg, 1,7 mg e 2,4 mg ⁴ .	Gestação e pacientes com história pessoal de pancreatite ou história pessoal ou familiar de neoplasia endócrina múltipla 2A ou 2B.	Gastrointestinais (náuseas, vômitos, diarreia).	R\$ 848,88; caneta de 1,34mg/ml com 4 doses de 1mg.
Bupropiona ³ <i>off-label</i>	Antidepressivo inibidor da recaptção da norepinefrina e dopamina.	150 mg, 1x/dia e pode ser aumentada para até 150 mg, 2x/dia.	Epilepsia, TCE grave prévio e em pacientes descontinuando uso de etanol e/ou benzodiazepínicos, história de bulimia e/ou anorexia e em uso concomitante de IMAOs.	Xerostomia, insônia, cefaleia e constipação. Pode diminuir o limiar convulsivo.	R\$ 63,34; 30 cp 150mg.
Topiramato ³ <i>off-label</i>	Redução do apetite.	25 mg, 1x/dia, até 100 mg, 2x/dia, conforme tolerância.	Gestação.	Associado à redução da eficácia de contraceptivos hormonais, sonolência, parestesias e efeitos cognitivos como a dificuldade de concentração e piora da memória.	R\$ 20,13; 30 cp 25mg.

FC: frequência cardíaca; IMAOs: inibidores da monoamina oxidase; PA: pressão arterial; SC: subcutânea; TCE: trauma cranioencefálico.

¹Valor baseado na dose de manutenção a partir de dados do Preço Máximo ao Consumidor (PMC), sem inclusão de ICMS, conforme publicado pela Anvisa em 04/09/2021.

²Exige termo de consentimento, assinado por médico e paciente, que deve ser entregue na farmácia.

³A indicação para tratamento da obesidade não consta na bula das medicações. O uso *off-label* tem lugar na prática médica e é largamente aceito e praticado, não sendo uma violação das boas práticas da medicina.

⁴No Brasil apenas as apresentações de 0,5 e 1 mg por injeção estão disponíveis.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022), adaptado de Perreault (2022) e Anvisa (2021) [19,23].

Sibutramina

A sibutramina é um inibidor da recaptação de noradrenalina e de serotonina que produz dois efeitos: aumento da saciedade e aumento de gasto energético. A dose inicial é de 10 mg, 1x/dia, via oral, pela manhã, todos os dias. No início do tratamento deve-se monitorar a pressão arterial e a frequência cardíaca. Aumentos desses sinais devem levar à suspensão do medicamento. Em caso de boa tolerância após 30 dias, a dose é aumentada para 15 mg ao dia. O receituário para essa prescrição é o B2 (azul) e o termo de consentimento informado deve ser assinado pelo médico e paciente e entregue na farmácia. Essa exigência se baseia em um estudo que mostrou aumento de eventos cardiovasculares em pacientes de meia idade com doença cardiovascular prévia. Em razão desse estudo, sua segurança é questionada. Está contraindicada nos casos de hipertensão mal controlada, insuficiência renal, disfunção hepática grave, glaucoma, abuso de drogas e doença cardiovascular estabelecida. Além disso, deve ser prescrita após discussão de riscos e benefícios e com muita cautela em pacientes com alto risco de eventos cardiovasculares [19,20].

Orlistate

O orlistate é um agente que inibe a absorção de gorduras ingeridas em torno de 30%. É utilizado na dose alvo de 120 mg, 3x/dia, via oral, sendo administrado junto das principais refeições. Existem estudos de longa duração mostrando segurança no uso. No entanto, tem como principais efeitos adversos a flatulência, cólicas abdominais, urgência e incontinência fecal com esteatorreia. Deficiência de vitaminas lipossolúveis (vitamina A, D, E, K) também pode ser desencadeada pelo seu uso. Está contraindicado em pacientes com má absorção crônica, colestase ou cálculos de oxalato de cálcio [19,20].

Liraglutida

A liraglutida é um análogo do GLP-1 (Peptídeo-1 Semelhante ao Glucagon). Seu mecanismo de ação é o aumento da saciedade e a redução do esvaziamento gástrico. Também é utilizada para tratamento de diabetes tipo 2. É uma medicação de uso diário injetável, pela via subcutânea. Sua apresentação são canetas pré-preenchidas descartáveis. A dose inicial é de 0,6 mg, 1x/dia, subcutânea, sendo aumentada semanalmente para 1,2 mg, 1,8 mg, 2,4 mg e 3,0 mg (dose máxima e alvo), conforme tolerância. Os principais efeitos colaterais são gastrointestinais (náuseas, vômitos, constipação, diarreia) que tendem a melhorar com o tempo de uso. Muitos pacientes apresentam náuseas e vômitos refratários e o aumento mais lento da dose costuma ser necessário. Considerar manter a maior dose tolerada da medicação. A liraglutida foi associada a maior ocorrência de pancreatite em um estudo, embora ainda seja um evento raro. Assim, pacientes devem ser orientados sobre esse risco potencial e, em caso de suspeita, deve-se suspender o uso e procurar atendimento de forma imediata. Seu uso está contraindicado em gestantes e pacientes com história familiar de carcinoma medular de tireoide ou história pessoal de neoplasia endócrina múltipla 2A ou 2B. Pacientes em uso de liraglutida em associação à insulina ou sulfonilureia devem ter sua glicemia capilar monitorada para evitar hipoglicemia [20,24].

Semaglutida

A semaglutida é um agonista do receptor do GLP-1 de longa ação. Pode ser utilizada na via subcutânea uma vez por semana em pacientes com ou sem diabetes [19,25]. Ainda não está aprovada no Brasil para tratamento de obesidade e está disponível apenas até a dosagem de 1 mg por aplicação. Para tratamento de obesidade, a dose inicial recomendada é de 0,25 mg, 1x/semana, subcutânea, aumentada mensalmente para 0,5 mg, 1 mg, 1,7 mg e 2,4 mg. Como os demais agonistas do receptor GLP-1 os principais efeitos adversos são gastrointestinais e incluem náusea, diarreia e vômito que costumam ser leves a moderados e melhoram com o tempo de uso. Seu uso é contraindicado durante a gestação e em pacientes com antecedente pessoal de pancreatite ou com história familiar ou pessoal de neoplasia endócrina múltipla 2A ou 2B. Pacientes em uso de semaglutida em associação à insulina ou sulfonilureia devem ter sua glicemia capilar monitorada para evitar hipoglicemia [19,25].

Bupropiona

Trata-se de um antidepressivo inibidor da recaptação da norepinefrina e dopamina. É especialmente interessante em pacientes com obesidade e comorbidades como depressão unipolar e/ou tabagismo [26,27]. A dose inicial é de 150 mg, 1x/dia, via oral, e pode ser aumentada para até 2x/dia. Costuma ser bem tolerada, mas pode cursar com boca seca, insônia, cefaleia e constipação. Pode diminuir o limiar convulsivo, portanto deve ser evitada em pacientes com epilepsia ou com risco aumentado de crise convulsiva, como TCE grave prévio e em pacientes descontinuando uso de etanol e/ou benzodiazepínicos. Além disso, não deve ser utilizada em pacientes com história de bulimia e/ou anorexia e em uso concomitante de IMAOs [28].

Topiramato

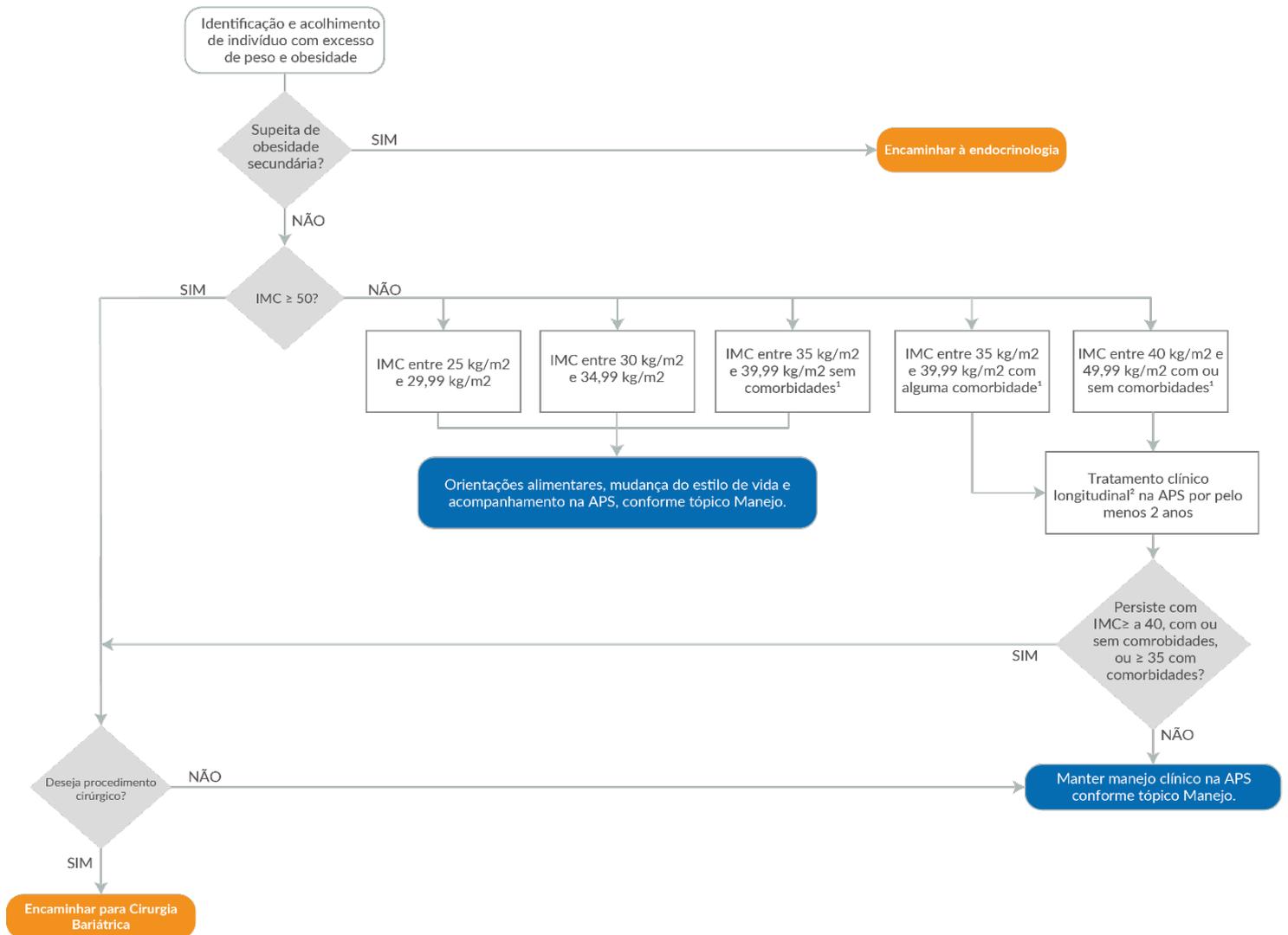
Topiramato é aprovado para uso como anticonvulsivante, para tratamento da enxaqueca e transtorno de humor bipolar. Tem como efeito colateral desejado a redução do apetite. Seu uso para esse fim é feito em doses de 25 até 200 mg/dia. Deve-se iniciar gradualmente (25 ou 50 mg, 1x/dia) com aumento até 100 mg/dia (100 mg, 1x/dia ou 50 mg, 2x/dia), conforme tolerância. Posterior aumento até 200 mg deve ser avaliado conforme resposta e efeitos adversos. Deve ser considerado em pacientes com outras indicações associada a obesidade. Tem a vantagem de controlar bem a compulsão alimentar. Sua principal limitação de uso são os efeitos colaterais cognitivos como a dificuldade de concentração e piora da memória. Outros efeitos adversos são boca seca, sonolência e parestesias. Os efeitos colaterais costumam ser dose-dependente. Está associado com redução da eficácia de contraceptivos hormonais (especialmente em doses maiores que 200 mg). Deve-se discutir anticoncepção em mulheres em idade fértil [29].

Encaminhamento ambulatorial para serviço especializado

O manejo dos pacientes com obesidade, incluindo as situações nas quais o encaminhamento para tratamento cirúrgico da obesidade está indicado, foi resumido na [Figura 2](#). O encaminhamento deve ser discutido com o paciente quando:

- IMC maior ou igual a 50 kg/m²;
- IMC entre 40 e 49,99 kg/m², independente de comorbidades, após tratamento clínico longitudinal por dois anos sem sucesso, realizado na atenção primária.
- IMC entre 35 e 39,99 kg/m², com alguma das seguintes comorbidades: risco cardiovascular maior que 20% em 10 anos, doença cardiovascular, hipertensão arterial de difícil controle, diabetes mellitus de difícil controle, síndrome da apneia e hipopneia obstrutiva do sono (apneia do sono) ou doença articular degenerativa; após tratamento clínico longitudinal por dois anos sem sucesso, realizado na atenção primária

Figura 2 - Fluxograma de manejo e encaminhamento do paciente com obesidade na APS.



1Comorbidades: risco cardiovascular maior que 20% em 10 anos, doença cardiovascular, hipertensão arterial de difícil controle, Diabetes Mellitus de difícil controle, síndrome da apneia e hipopneia obstrutiva do sono (apneia do sono), doença articular degenerativa.

2Conforme a Portaria nº 424, de 19 de março de 2013, o conceito de tratamento clínico longitudinal inclui: "orientação e apoio para mudança de hábitos, realização de dieta, atenção psicológica, prescrição de atividade física e, se necessário, farmacoterapia, realizado na Atenção Básica e/ou Atenção Ambulatorial Especializada por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos; [...]" (BRASIL, 2013a, online).

Fonte: TelessaúdeRS (2022), adaptado de Ministério da Saúde (2013) [30].

Tratamento clínico longitudinal é definido como orientação e apoio para mudança de hábitos, realização de dieta, atenção psicológica, prescrição de atividade física e, se necessário, farmacoterapia.

Sugere-se avaliação com nutricionista para pacientes com sobrepeso e obesidade nas seguintes situações:

- pacientes com comorbidades clínicas que necessitem de adaptações para dietas específicas. Inclui-se aqui, entre outras situações: insuficiência renal ou hepática, diabetes em uso de insulina, insuficiência cardíaca congestiva e doença celíaca;
- pacientes com indicação de tratamento cirúrgico para obesidade (vide acima);
- pacientes com falha ao tratamento na APS exclusivamente.

Pacientes com suspeita de obesidade secundária (provocada por problemas endocrinológicos), devem ser encaminhados também à endocrinologia.

Apêndice 1 - Dúvidas comuns

Dietas da moda

São comuns dietas recomendadas por familiares, amigos ou divulgadas na mídia. Dietas da moda e dietas excessivamente restritivas podem não ser sustentáveis a longo prazo, e, por isso, não são recomendadas na maioria das situações. Além disso, há o risco de piora de eventuais condições clínicas associadas a desbalanços alimentares ou desnutrição. Ao invés de focar em um nutriente específico, parece mais adequado estimular uma alimentação saudável e sustentável a longo prazo. Dietas que restringem a alimentação podem levar a carências nutricionais específicas. É fundamental que o profissional de saúde questione o paciente sobre dietas sendo realizadas no momento e realizadas no passado, e avalie se há risco de excessos e desnutrição. Se o paciente não estiver em risco de malefícios e estiver respondendo adequadamente, essa dieta não deve ser obrigatoriamente desestimulada. Em situações de risco (por condições de saúde do paciente ou pela composição da dieta), deve-se orientar para os riscos de cada tipo de dieta, estimulando a modificação gradual e sustentável dos hábitos que promovem o controle de peso [31,32].

Uso de álcool e o tratamento para obesidade

O uso e, especialmente, o abuso de álcool é causa de morbidade e pode contribuir para o excesso de peso corporal. O consumo de álcool atinge 26% dos homens e 11% das mulheres, em inquéritos nacionais, e deve ser questionado em qualquer entrevista alimentar. Seu consumo pode ser fator associado com falha na perda ponderal e deve ser abordado em pacientes consultando para esse fim [31,32].

Uma dúvida comum é de que pequenas doses de álcool (em especial vinho tinto) podem estar associadas com menor risco de eventos cardiovasculares. Entretanto, os estudos estão sujeitos a vieses e um consumo de álcool isento de riscos parece ser bastante baixo, de 0,5-1 dose (aproximadamente 100 ml de vinho tinto) ao dia. Em suma, considerando os riscos de consumo excessivo e a incerteza dos benefícios, de forma geral, o consumo de álcool deve ser desestimulado [31,32].

Comer de três em três horas

Não há evidência científica que comprove que fazer refeições nesse intervalo de tempo aumente a perda de peso. O recomendado é realizar as refeições em horários semelhantes todos os dias, com atenção e sem pressa, para favorecer a digestão dos alimentos e a saciedade. Além disso, uma forma eficaz de evitar o consumo frequente de alimentos é não tê-los à disposição [31,32].

Comida saudável é mais cara

Esse pensamento ocorre pela ideia enganada de que, para se ter uma alimentação saudável, é preciso consumir alimentos específicos, importados ou encontrados apenas em determinado local. Com base em cálculos realizados pelas Pesquisas de Orçamentos Familiares do IBGE, a alimentação saudável, isto é, baseada em alimentos *in natura* e minimamente processados (como arroz, feijão, banana, leite integral, batata, alface, ovos) é mais barata do que uma alimentação baseada em alimentos ultraprocessados (como produtos congelados prontos para consumo, barras de cereal, refrigerantes, macarrão instantâneo, salsichas). Deve-se recomendar consumo de frutas, verduras e legumes da safra, adquiridos em feiras, sacolões e varejões, além de mercados locais ou, ainda, diretamente do produtor [31,32].

Jejum intermitente

O jejum intermitente baseia-se na privação de alimentos durante um determinado período de tempo, que pode variar em pelo menos 12 horas por dia ou por 24 horas em apenas alguns dias da semana. É importante ressaltar que, provavelmente, o controle total do consumo de alimentos não corresponde à realidade da maioria da população, uma vez que somos expostos a alimentos de diversas formas ao longo do dia. Os poucos ensaios clínicos randomizados avaliando a sua eficácia foram realizados em pequenos grupos e mostraram altas taxas de abandono. Apesar de parecer uma estratégia promissora, não é possível fazer recomendações para aplicação na prática clínica no momento [31,32].

Apêndice 2 - Materiais complementares

A. Questionário de frequência alimentar.

Questionário de Frequência Alimentar							
Alimentos/Grupo de alimentos	Frequência de consumo						
	Nunca	Menos de 1x por mês	1-3x por mês	1x por semana	2-4x por semana	1x por dia	2x ou mais por dia
Pães, cereais, raízes e tubérculos							
Hortaliças, verduras e legumes							
Frutas							
Leites e derivados							
Leguminosas							
Carnes e ovos							
Óleos e gorduras							
Ultraprocessados							

D. Entrevista Motivacional.

A entrevista motivacional consiste em trabalhar com a ambivalência do usuário sobre a mudança de sua condição, bem como abordar o usuário que não quer realizar mudanças. Cinco princípios orientam a entrevista motivacional:

1. **Expressar empatia** – escuta reflexiva, onde o profissional compreende e aceita, sem impor sua opinião. Exemplos: tocar levemente o paciente; palavras como *“eu entendo que você se sentiu mal com o que aconteceu”*; escutar o paciente, decodificar e repetir como uma afirmação, *“deixe-me ver se é isso que você quis dizer, (...)”*.
2. **Desenvolver discrepância** – fazer um contraponto entre o comportamento atual do indivíduo (por exemplo, sedentarismo) e seus objetivos (por exemplo, perda de peso). Uma forma de trabalhar a mudança é através da emoção, gerando o desconforto da dúvida e/ou conflito, a fim de que o indivíduo desenvolva argumentos para a mudança. Por exemplo: *“Tenho um armário cheio de doces em casa. Compro e estoco. Mas quero muito emagrecer...”* eis que o profissional responde: *“você quer dizer que quer emagrecer, mas tem um estoque de doces, certo? Pelo que estamos trabalhando nas últimas semanas, será que estocar alimentos é uma boa opção para quem quer mudar hábitos e perder peso?”*
3. **Evitar discussões** – argumentações e estratégias de convencimento tendem a estabelecer resistência; assim, é apropriado questionar, por exemplo *“você gostaria que eu lhe explicasse sobre isso?”*, controlando também a quantidade de informações dadas ao indivíduo, sempre se certificando de que a informação dada foi compreendida.
4. **Dissipar a resistência (em vez de enfrentá-la)** – não estabelecer imposições, traçando estratégias como:
 - a. Reflexão de dois lados: escutar o que é dito pelo paciente e acrescentar um contraponto – ambivalência: *“está bem, eu como muito todos os dias e em grande quantidade e minha esposa briga comigo, mas não sou obeso”*, ao que o profissional responde *“você não tem dificuldade em assumir que a comida está lhe prejudicando, mas não quer ser taxado de obeso”*.
 - b. Mudança de foco de atenção de algo que parece uma barreira no tratamento.
 - c. Concordância, seguida de uma mudança de direção sutil.
 - d. Ênfase na escolha e controle pessoal: profissional diz *“ninguém pode mudar seu hábito por você, afinal, é você quem decide”*.

5. **Estimular a autoeficácia** – apoiar e reforçar experiências exitosas anteriores: “*parabéns por você estar comparecendo às consultas e por ter perdido peso no último mês!*”

E. Guia Alimentar Para a População Brasileira.

O Guia Alimentar, publicado pelo Ministério da Saúde em 2014, enfatiza a cultura alimentar do brasileiro, trazendo os alimentos como referencial e não somente como nutrientes. A abordagem está adaptada à realidade contemporânea, menos técnica e mais próxima à realidade das famílias brasileiras, ao invés de trabalhar apenas com grupos alimentares ou porções quantitativas da pirâmide alimentar. A publicação traz a classificação dos alimentos conforme seu grau de processamento.

O material ainda traz dez passos para uma alimentação saudável. Esses hábitos podem e devem ser incorporados à alimentação de indivíduos que estejam em processo de perda de peso. São eles:

1. Fazer de alimentos *in natura* ou minimamente processados a base da alimentação.

O consumo de alimentos *in natura* e minimamente processados como frutas, legumes, verduras, feijões, grãos, farinhas, oleaginosas, carnes, leite, ovos, café, chá e água potável são necessários para a promoção de uma alimentação nutricionalmente balanceada, saborosa, culturalmente apropriada e promotora de um sistema alimentar socialmente e ambientalmente sustentável.

Figura 3. Exemplos de alimentos *in natura* e minimamente processados. Em sentido horário: mamão papaia, carne fresca, farinhas e feijões e milho verde.



Fonte: Umpierre *et al.* (2017) [32].

2. Utilizar óleos, gorduras, sal e açúcar em pequenas quantidades ao temperar e cozinhar alimentos e criar preparações culinárias.

Óleos, gorduras, sal e açúcar são alimentos com alto teor de nutrientes que podem ser prejudiciais à saúde, como: gorduras saturadas (presentes em óleos e gorduras), sódio (componente básico do sal de cozinha) e açúcar livre (presente no açúcar de mesa). Quando consumidos em excesso, gordura saturada está associada às doenças cardíacas, sódio à hipertensão e açúcar à obesidade.

Figura 4. Manteiga e óleo vegetal.

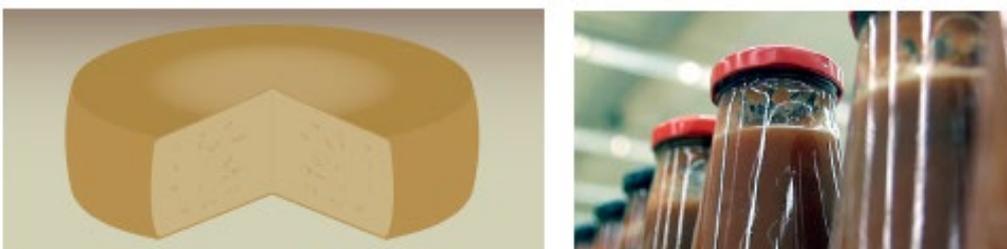


Fonte: Umpierre *et al.* (2017) [32].

3. Limitar o consumo de alimentos processados.

Alimentos processados são alimentos *in natura* ou minimamente processados adicionados de sal, açúcar, óleo ou vinagre e incluem alimentos em conserva, frutas em calda, queijos e pães feitos de farinha de trigo, leveduras, água e sal. É importante limitar seu consumo porque os processamentos desses alimentos incluem a adição de gorduras, açúcares e sal em excesso (ver item 2).

Figura 5. Queijo colonial e molho de tomate natural.



Fonte: Umpierre *et al.* (2017) [32].

4. Evitar o consumo de alimentos ultraprocessados.

Os alimentos ultraprocessados compõem formulações industriais compostas majoritariamente de produtos extraídos de alimentos (óleos, gorduras, açúcar, amido, proteínas), derivadas de constituintes de alimentos (gorduras hidrogenadas, amido modificado) ou sintetizadas em laboratório com base em matérias orgânicas como petróleo e carvão (corantes, aromatizantes, realçadores de sabor e vários tipos de aditivos usados para dotar os produtos de propriedades sensoriais atraentes). Há diversos motivos para evitar o consumo desses alimentos, sendo o principal deles o prejuízo nutricional dessas formulações. Exemplos de alimentos ultraprocessados são: refrigerantes, comidas congeladas, balas, guloseimas, salgadinhos de pacote, sopas, macarrão e temperos instantâneos, salsichas, pães de forma, produtos prontos para consumo como pizza, hambúrguer, *nuggets*, salgados e doces de padaria, mistura para bolo, barras de cereal, entre outros. Esses alimentos em geral são ricos em calorias, possuindo densidade energética elevada. Desta forma, sem notar, ingerimos mais calorias do que necessário, estocando o excesso na forma de gordura corporal. Além disso, estes alimentos possuem “hiper sabor” (a partir do uso de açúcar, gordura, sal e outros aditivos), que pode saturar o paladar e levar a um consumo progressivo.

Figura 6. Hambúrguer industrializado e sorvete.



Fonte: Umpierre *et al.* (2017) [32].

Figura 7. Exemplo de níveis de processamento a partir de um alimento (morango).



Da esquerda para a direita, do menor para o maior nível de processamento: morango *in natura*; geleia de morango; queijo *petit suisse* sabor morango.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022) adaptado de Ministério da Saúde (2019) [33]

Folder - A escolha dos alimentos



5. Comer com regularidade e atenção, em ambientes apropriados e, sempre que possível, com companhia.

Comer em horários semelhantes diariamente favorece nossos mecanismos de digestão e evita que se coma mais do que o necessário. Comer com consciência é importante, pois é comum o consumo de alimentos enquanto se realizam outras atividades, como assistir programas de televisão, trabalhar ou mesmo andar na rua. Produtos ultraprocessados são formulados para serem consumidos em qualquer local - consumindo maior quantidade de alimento, sem que nosso organismo consiga registrar este consumo. Cheiros, sons e iluminação do local influenciam nosso modo de comer, sendo recomendado para realizar as refeições local limpo, tranquilo e confortável. Por fim, comer em companhia faz com que, além de compartilharmos experiências, comamos mais devagar, favorecendo o consumo de quantidade adequada de alimentos e a digestão.

Figura 8. Duas pessoas fazendo uma refeição juntas.



Fonte: Umpierre *et al.* (2017) [32].

Folder - Tenha mais atenção com a alimentação em seu dia a dia



6. Fazer compras em locais que oferecem variedades de alimentos *in natura* ou minimamente processados.

É importante realizar as suas compras, sempre que possível, em minimercados, sacolões e feiras próximas de suas residências, locais que oferecem alimentos sazonais e com custo acessível.

7. Desenvolver, exercitar e partilhar habilidades culinárias.

Questionar o usuário quanto a habilidades culinárias. Se ele possui, procurar utilizá-las e partilhá-las com pessoas próximas; se ele não possui, procurar adquiri-las. Familiares e amigos, receitas, vídeos, cursos podem servir de guia. É importante reforçar que no início poderá ser difícil, mas que com a prática haverá progresso no preparo de alimentos, o que estimulará a promoção da saúde, a conservação de tradições culinárias locais e a autonomia do indivíduo.

Folder - Habilidades culinárias



8. Planejar o uso do tempo para dar à alimentação o espaço que ela merece.

Fazer uma lista de compras e dedicar-se a planejar o cardápio é uma estratégia relevante para aproximar o indivíduo da cozinha. Aproximar familiares para essas atividades também é um ponto positivo a engajar todos no preparo das refeições, tornando o momento da refeição em si um momento prazeroso e de convivência.

A figura abaixo apresenta duas listas de compras: a lista 1 apresenta principalmente alimentos *in natura* e minimamente processados e poucos processados; já a lista 2 apresenta alimentos sobretudo ultraprocessados.

Figura 9. Exemplo de listas de compras.

LISTA 1 	LISTA 2 
<input checked="" type="checkbox"/> Pão francês	<input checked="" type="checkbox"/> Pão de forma
<input checked="" type="checkbox"/> Queijo	<input checked="" type="checkbox"/> Margarina
<input checked="" type="checkbox"/> Arroz	<input checked="" type="checkbox"/> Lasanha congelada
<input checked="" type="checkbox"/> Feijão	<input checked="" type="checkbox"/> Feijão pronto pra comer, de caixinha
<input checked="" type="checkbox"/> Peito de frango resfriado	<input checked="" type="checkbox"/> Nuggets
<input checked="" type="checkbox"/> Maçã	<input checked="" type="checkbox"/> Barra de cereal com frutas
<input checked="" type="checkbox"/> Leite Integral	<input checked="" type="checkbox"/> Leite achocolatado
<input checked="" type="checkbox"/> Suco natural de laranja pasteurizado	<input checked="" type="checkbox"/> Suco em pó sabor framboesa
<input checked="" type="checkbox"/> Leite condensado	<input checked="" type="checkbox"/> Balas do tipo goma
<input checked="" type="checkbox"/> Macarrão com ovos, tipo espaguete, 500g	<input checked="" type="checkbox"/> Macarrão instantâneo sabor galinha caipira

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022).

9. Dar preferência, quando fora de casa, a locais que servem refeições feitas na hora.

A preferência por refeições feitas na hora é para evitar os ultraprocessados, como os alimentos prontos para consumo (por ex., lasanha congelada). Optar por montar o prato uma vez, com legumes e verduras, um tipo de cereal - como arroz -, uma leguminosa - como feijão -, uma fonte proteica. Atentar também para as calorias líquidas, como as bebidas adoçadas; alternativas são o consumo de água na sua forma pura ou aromatizada.

Figura 10. Exemplos de refeições de almoço ou jantar.



Alface, arroz, lentilha, pernil, batata, repolho e abacaxi.



Alface, tomate, feijão, farinha de mandioca, peixe e cocada



Arroz, feijão, angu, abóbora, quiabo e mamão



Alface e tomate, arroz, feijão, berinjela e suco cupuaçu

Fonte: Ministério da Saúde (2014c) [33].

As fotos acima representam exemplos de alimentos feitos na hora, com comida caseira, como exemplos de preparações que podem ser consumidas.

10. Ser crítico quanto a informações, orientações e mensagens sobre alimentação veiculadas em propagandas comerciais.

Estar atento aos rótulos torna-se atividade essencial para quem faz compras de gêneros alimentícios. Os rótulos trazem informações sobre a composição do produto, mencionando diversos ingredientes já comentados aqui, que devem ser evitados em excesso (gorduras, açúcares e sal). Observar o tamanho das embalagens: comumente alimentos ultraprocessados são vendidos em embalagens gigantes a preços que aparentam ser vantajosos, induzindo o seu consumo.

Folder - Obstáculos para uma alimentação adequada e saudável



Como distinguir alimentos ultraprocessados de alimentos processados?

Consulte a lista de ingredientes! Um número elevado de ingredientes (cinco ou mais) e a presença de nomes pouco familiares (gordura vegetal hidrogenada, xarope de frutose, espessante, aromatizante, corante...) indicam que o produto é ultraprocessado. A maioria dos ultraprocessados é consumida no lugar de alimentos como frutas, leite e água ou, até mesmo, de preparações culinárias. Os ultraprocessados tendem a limitar o consumo de alimentos *in natura* ou minimamente processados.

Apêndice 3 - Resumo do Guia Alimentar - Dez passos para uma alimentação saudável

Dez passos para uma alimentação saudável	
1. Fazer de alimentos <i>in natura</i> ou minimamente processados a base da alimentação.	<p>Em grande variedade e predominantemente de origem vegetal, alimentos <i>in natura</i> ou minimamente processados são a base ideal para uma alimentação nutricionalmente balanceada, saborosa, culturalmente apropriada e promotora de um sistema alimentar socialmente e ambientalmente sustentável. Variedade significa alimentos de todos os tipos – grãos, raízes, tubérculos, farinhas, legumes, verduras, frutas, castanhas, leite, ovos e carnes – e variedade dentro de cada tipo – feijão, arroz, milho, batata, mandioca, tomate, abóbora, laranja, banana, frango, peixes etc.</p>
2. Utilizar óleos, gorduras, sal e açúcar em pequenas quantidades ao temperar e cozinhar alimentos e criar preparações culinárias.	<p>Utilizados com moderação em preparações culinárias com base em alimentos <i>in natura</i> ou minimamente processados, óleos, gorduras, sal e açúcar contribuem para diversificar e tornar mais saborosa a alimentação sem torná-la nutricionalmente desbalanceada.</p>
3. Limitar o consumo de alimentos processados.	<p>Os ingredientes e métodos usados na fabricação de alimentos processados – como conservas de legumes, compota de frutas, pães e queijos – alteram de modo desfavorável a composição nutricional dos alimentos dos quais derivam. Em pequenas quantidades, podem ser consumidos como ingredientes de preparações culinárias ou parte de refeições baseadas em alimentos <i>in natura</i> ou minimamente processados.</p>
4. Evitar o consumo de alimentos ultraprocessados.	<p>Devido a seus ingredientes, alimentos ultraprocessados – como biscoitos recheados, “salgadinhos de pacote”, refrigerantes e “macarrão instantâneo” – são nutricionalmente desbalanceados. Por conta de sua formulação e apresentação, tendem a ser consumidos em excesso e a substituir alimentos <i>in natura</i> ou minimamente processados. Suas formas de produção, distribuição, comercialização e consumo afetam de modo desfavorável a cultura, a vida social e o meio ambiente.</p>
5. Comer com regularidade e atenção, em ambientes apropriados e, sempre que possível, com companhia.	<p>Procure fazer suas refeições em horários semelhantes todos os dias e evite “beliscar” nos intervalos entre as refeições. Coma sempre devagar e desfrute o que está comendo, sem se envolver em outra atividade. Procure comer em locais limpos, confortáveis e tranquilos e onde não haja estímulos para o consumo de quantidades ilimitadas de alimento. Sempre que possível, coma em companhia, com familiares, amigos ou colegas de trabalho ou escola. A companhia nas refeições favorece o comer com regularidade e atenção, combina com ambientes apropriados e amplia o desfrute da alimentação. Compartilhe também as atividades domésticas que antecedem ou sucedem o consumo das refeições.</p>

<p>6. Fazer compras em locais que oferecem variedades de alimentos <i>in natura</i> ou minimamente processados.</p>	<p>Procure fazer compras de alimentos em mercados, feiras livres e feiras de produtores e outros locais que comercializam variedades de alimentos <i>in natura</i> ou minimamente processados. Prefira legumes, verduras e frutas da estação cultivados localmente. Sempre que possível, adquira alimentos orgânicos e de base agroecológica, de preferência diretamente dos produtores.</p>
<p>7. Desenvolver, exercitar e partilhar habilidades culinárias.</p>	<p>Se você tem habilidades culinárias, procure desenvolvê-las e partilhá-las, principalmente com crianças e jovens, sem distinção de gênero. Se você não tem habilidades culinárias – e isso vale para homens e mulheres –, procure adquiri-las. Para isso, converse com as pessoas que sabem cozinhar, peça receitas a familiares, amigos e colegas, leia livros, consulte a internet, eventualmente faça cursos e... comece a cozinhar!</p>
<p>8. Planejar o uso do tempo para dar à alimentação o espaço que ela merece.</p>	<p>Planeje as compras de alimentos, organize a despensa doméstica e defina com antecedência o cardápio da semana. Divida com os membros de sua família a responsabilidade por todas as atividades domésticas relacionadas ao preparo de refeições. Faça da preparação de refeições e do ato de comer momentos privilegiados de convivência e prazer. Reavalie como você tem usado o seu tempo e identifique quais atividades poderiam ceder espaço para a alimentação.</p>
<p>9. Dar preferência, quando fora de casa, a locais que servem refeições feitas na hora.</p>	<p>No dia a dia, procure locais que servem refeições feitas na hora e a preço justo. Restaurantes de “comida a quilo” podem ser boas opções, assim como refeitórios que servem “comida caseira” em escolas ou no local de trabalho. Evite redes de <i>fast-food</i>.</p>
<p>10. Ser crítico quanto a informações, orientações e mensagens sobre alimentação veiculadas em propagandas comerciais.</p>	<p>Lembre-se de que a função essencial da publicidade é aumentar a venda de produtos, e não informar ou, menos ainda, educar as pessoas. Avalie com crítica o que você lê, vê e ouve sobre alimentação em propagandas comerciais e estimule outras pessoas, particularmente crianças e jovens, a fazerem o mesmo.</p>

Acesse a versão ilustrada para impressão [aqui](#).

Apêndice 4 - Tamanho do manguito conforme circunferência braquial e correção quando tamanho adequado indisponível.

Circunferência braquial		Tamanho do manguito	
22 a 26 cm		Adulto pequeno (12x22 cm)	
27 a 34 cm		Adulto (16x30 cm)	
35 a 44 cm		Adulto grande (16x36 cm)	
45 a 52 cm		Adulto obeso (16x42 cm)	
Fator de correção da PA conforme circunferência do braço do paciente, quando aferida com manguito de adulto padrão (16 cm de largura e 30 cm de comprimento)			
Circunferência do braço (cm)	Fator de correção da PAS (mmHg)	Fator de correção da PAD (mmHg)	
26	+5	+3	
28	+3	+2	
30	0	0	
32	-2	-1	
34	- 4	- 3	
36	- 6	- 4	
38	- 8	- 6	
40	- 10	- 7	
42	- 12	- 9	
44	- 14	- 10	

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2021) adaptado de Pickering et al (2005) e Diretriz Brasileira de HAS (2020) [34,35].

Referências

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Obesity and overweight**. Geneva, 9 jun. 2021. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>. Acesso em 30 dez. 2021.
2. DYNAMED. **Obesity in Adults**. Ipswich (MA): EBSCO Information Services; 2022. Disponível em: <https://www.dynamed.com/condition/obesity-in-adults>. Acesso em 30 dez. 2021.
3. PERREAULT, L.; APOVIAN, C. **Obesity in adults: Overview of management**. Waltham (MA): UpToDate, 12 jul. 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/obesity-in-adults-overview-of-management>. Acesso em: 30 dez. 2021.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/evitb10br.def>.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2017: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2017**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 130.: il.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35).
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Contribuições dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família para a Atenção Nutricional**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
8. PERREAULT L. **Obesity in adults: Prevalence, screening, and evaluation**. Waltham (MA): UpToDate, 27 abr. 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/obesity-in-adults-prevalence-screening-and-evaluation>. Acesso em: 15 set. 2021.
9. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Physical Status: the use and interpretation of anthropometry**. Geneva: WHO, 1995. (WHO Technical Report Series, n. 854).
10. ALVARENGA, M.; FIGUEIREDO, M.; TIMERMAN, F.; ANTONACCIO, C. **Nutrição comportamental**. 2a edição. São Paulo: Editora Manole, 2018.
11. GNATIUC, L. *et al.* General and Abdominal Adiposity and Mortality in Mexico City: A Prospective Study of 150 000 Adults. **Annals of Internal Medicine**, v. 171, n. 6, p. 397-405, set. 2019. Doi: 10.7326/M18-3502.
12. PISCHON, T. *et al.* General and abdominal adiposity and risk of death in Europe. **New England Journal of Medicine**, v. 359, n. 20, p. 2105-20, nov. 2008. Doi: 10.1056/NEJMoa0801891.
13. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. (Cadernos de Atenção Básica, n. 38).

14. KUSHNER, R. F.; RYAN, D. H. Assessment and lifestyle management of patients with obesity: clinical recommendations from systematic reviews. **JAMA**, v. 312, n. 9, p. 943-52, 2014. Doi: 10.1001/jama.2014.10432.
15. US PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE. Behavioral Weight Loss Interventions to Prevent Obesity-Related Morbidity and Mortality in Adults. US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. **JAMA**, v. 320, n. 11. Set. 2018.
16. BRASIL. Ministério da Saúde. **Linhas de Cuidado: Obesidade no Adulto**. Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/obesidade-no-adulto/unidade-de-atencao-primaria/planejamento-terapeutico/#Acompanhamento&#pills-frequencia-acompanhamento>. Acesso em 22 abr. 2022.
17. PERREAULT, L. **Obesity in adults: Role of physical activity and exercise**. Waltham (MA): UpToDate, 15 set. 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/obesity-in-adults-role-of-physical-activity-and-exercise>.
18. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud**. Geneva: WHO, 2010. Disponível em: https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/en/.
19. PERREAULT, L. **Obesity in adults: Drug therapy**. Waltham (MA): UpToDate, 5 jul. 2022. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/obesity-in-adults-drug-therapy>.
20. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA. **Diretrizes brasileiras de obesidade 2016**. 4ª ed. São Paulo: ABESO, 2016. Disponível em: <https://abeso.org.br/wp-content/uploads/2019/12/Diretrizes-Download-Diretrizes-Brasileiras-de-Obesidade-2016.pdf>.
21. KHERA, R. *et al.* Association of Pharmacological Treatments for Obesity With Weight Loss and Adverse Events: A Systematic Review and Meta-analysis. **JAMA**, v. 315, n. 22, p. 2424-34, 2016. Doi:10.1001/jama.2016.7602.
22. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais Rename 2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao_nacional_medicamentos_2022.pdf.
23. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos - CMED Secretaria Executiva. **Preços Máximos de Medicamentos por Princípio Ativo**. Brasília, 9 Set. 2021. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/medicamentos/cmed/precos/arquivos/lista_conformidade_2021_09_v1.pdf.
24. ASTRUP, A. *et al.* Effects of liraglutide in the treatment of obesity: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. **Lancet**, v. 374, n. 9701, p. 1606-16, nov. 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19853906/>.
25. WILDING, J. P. H. *et al.* Once-Weekly Semaglutide in Adults with Overweight or Obesity. **New England Journal of Medicine**, v. 384, n. 11, p. 989-1002, mar. 2021. Disponível em <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2032183>. Acesso em: 30 dez. 2021.

26. GADDE, K. M. *et al.* Bupropion for weight loss: an investigation of efficacy and tolerability in overweight and obese women. **Obesity Research**, v. 9, n. 9, p. 544-51, set. 2001. Doi: 10.1038/oby.2001.71.
27. JAIN, A. K. *et al.* Bupropion SR vs. placebo for weight loss in obese patients with depressive symptoms. **Obesity Research**, v. 10, n. 10, p. 1049-56, out. 2002. Doi: 10.1038/oby.2002.142.
28. APOVIAN, C. M. *et al.* A randomized, phase 3 trial of naltrexone SR/bupropion SR on weight and obesity-related risk factors (COR-II). **Obesity (Silver Spring)**, v. 21, n. 5, p. 935-43, maio 2013. Doi: 10.1002/oby.20309.
29. GADDE, K. M. *et al.* Effects of low-dose, controlled-release, phentermine plus topiramate combination on weight and associated comorbidities in overweight and obese adults (CONQUER): a randomised, placebo-controlled, phase 3 trial. **Lancet**, v. 377, n. 9774, p. 1341, abr. 2011. Doi: 10.1016/S0140-6736(11)60205-5.
30. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 424, de 19 de março de 2013**. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Brasília, DF, mar. 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html.
31. BRASIL. Ministério da Saúde. **Desmistificando dúvidas sobre alimentação e nutrição**: material de apoio para profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desmistificando_duvidas_sobre_alimentacao_nutricao.pdf.
32. UMPIERRE, Roberto Nunes *et al.* (org). **Alimentação e nutrição na atenção primária à saúde**. Porto Alegre: UFRGS, 2017.
33. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 265 p
34. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014c.
35. PICKERING, T. G. *et al.* Recommendations for blood pressure measurement in humans and experimental animals: part 1: blood pressure measurement in humans: a statement for professionals from the Subcommittee of Professional and Public Education of the American Heart Association Council on High Blood Pressure Research. *Circulation*, 2005.
36. BARROSO, Weimar Kunz Sebba *et al.* Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v. 116, n. 3, p. 516-658, mar. 2021.

Secretaria Estadual da Saúde-RS
www.saude.rs.gov.br



0800 644 6543

