



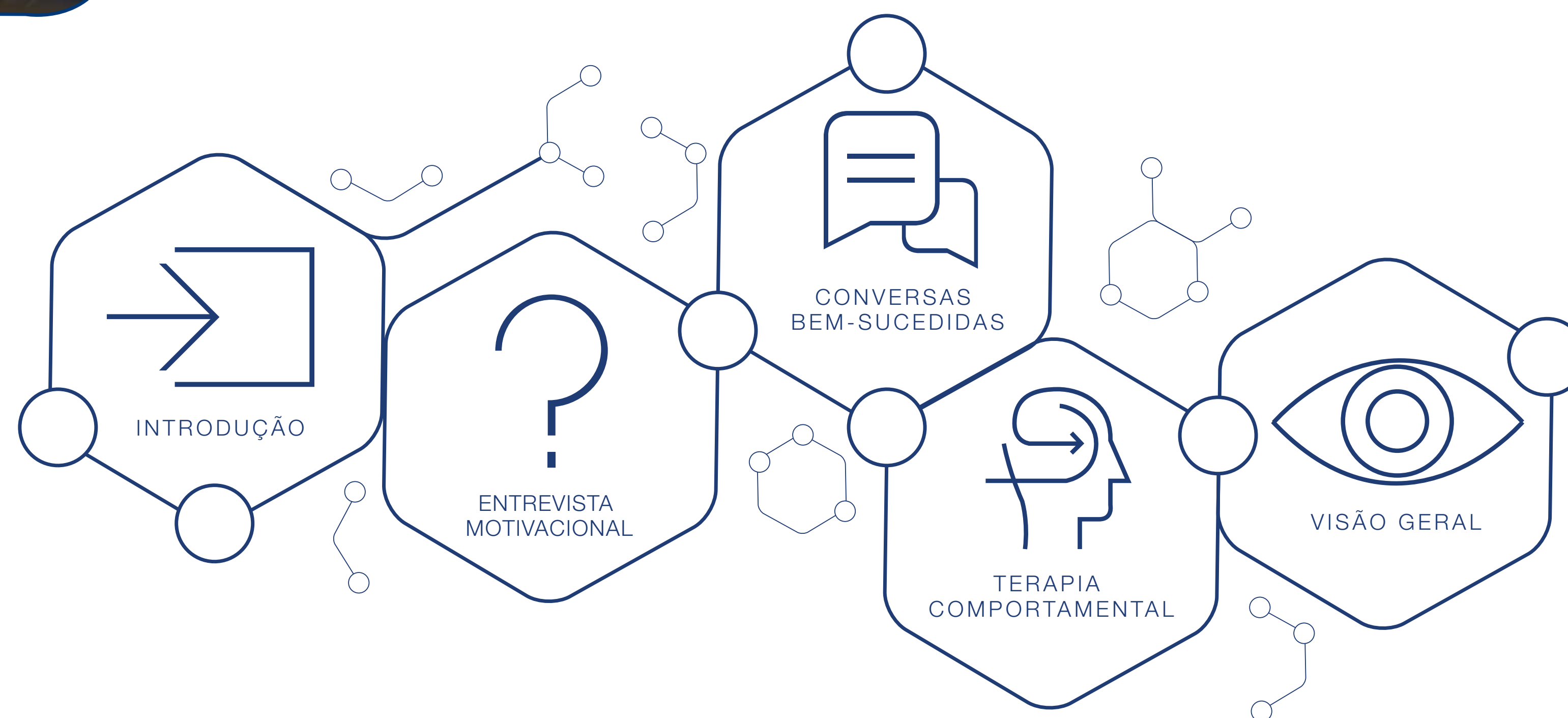
MÁRCIO MACÊDO  
O IMC de Márcio é 44

# Repense a Obesidade™ Educação Profissional

Melhores práticas para motivar seus pacientes a perder peso e a fazer mudanças para um estilo de vida saudável.



FLÁVIA PINHEIRO  
O IMC de Flávia é 38



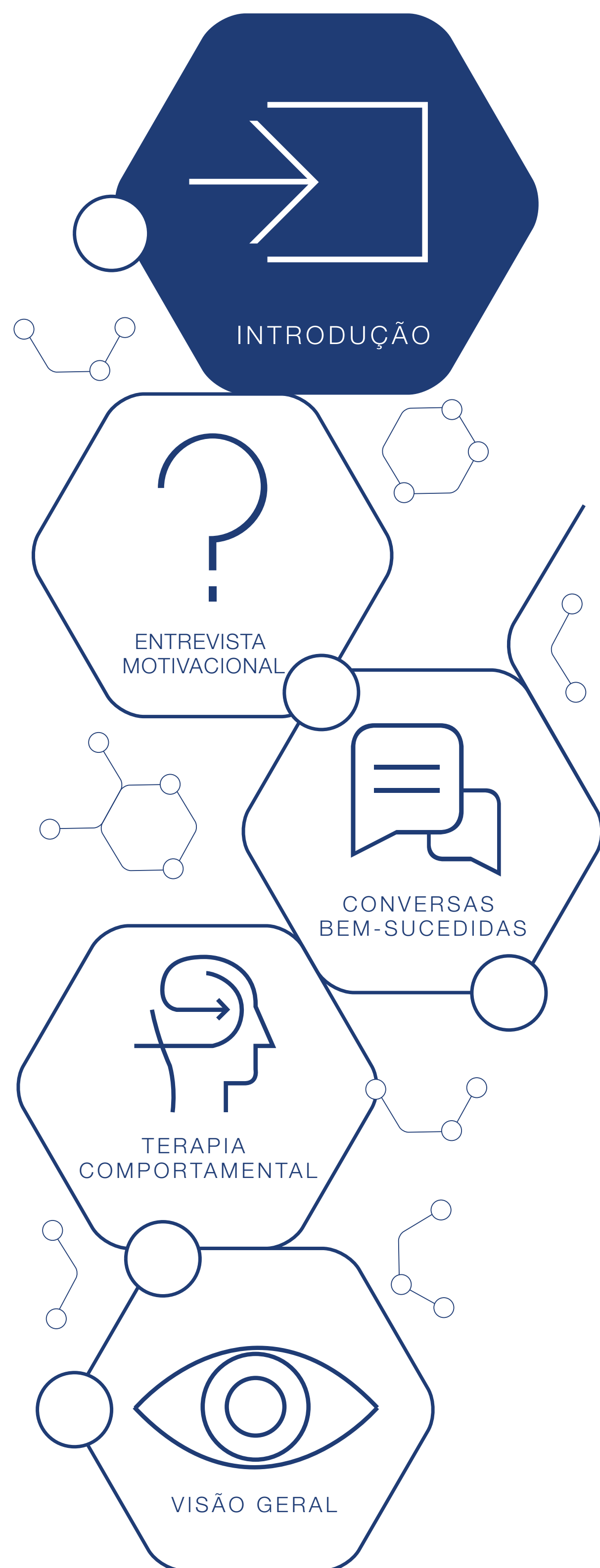




# Boas-vindas e Introdução

A obesidade é uma doença complexa e crônica,<sup>1</sup> “influenciada por fatores genéticos, psicológicos, ambientais, sociais, econômicos e políticos”,<sup>2</sup> que deve ser tratada por profissionais de saúde.<sup>1</sup> Como um profissional de saúde, você está especialmente qualificado para iniciar e guiar seus pacientes pelo processo de perda de peso, manutenção do peso e melhora da saúde.

- Aconselhamento e orientação de profissionais de saúde podem ter um efeito positivo sobre a ação relacionada com o controle de peso;<sup>3</sup>
- A obtenção e a manutenção de perda de peso necessitam de intervenção a longo prazo.<sup>1</sup>



## Visão Geral do Conteúdo

Para facilitar uma boa conversa com seus pacientes, pode ser útil empregar técnicas, incluindo entrevista motivacional e terapia comportamental. O objetivo deste material educacional é apresentar uma base para essas técnicas que irão possibilitar que você tenha uma consulta eficaz sobre o peso com seus pacientes.

Além disso, o material educacional é um recurso de base para o *Guia de Discussão* que fornece pautas e perguntas específicas que podem ser utilizadas diretamente na consulta com os pacientes.

As diretrizes atuais de controle da obesidade estabelecidas pela Associação Americana de Endocrinologistas Clínicos (AAEC), publicadas em 2014, são apresentadas para referência. Há muitas diretrizes para controle da obesidade. Portanto, você pode achar outra que melhor se adeque à sua prática e, com esse intuito, incluímos endereços de sites para outros recursos e diretrizes.

### As seções abaixo abordam esses tópicos

- Entrevista motivacional;
- Pontos principais para Conversas de Sucesso;
- Terapia Comportamental;
- Visão Geral de Tratamento.

Informações adicionais e recursos são fornecidos no decorrer deste material.

### Metas e Objetivos deste material

O objetivo deste recurso é possibilitar que você:

- Utilize estratégias e princípios de **entrevista motivacional**;
- Tenha **conversas bem-sucedidas** com seus pacientes;
- Implemente **terapia comportamental** no tempo existente das consultas;
- Obtenha **melhor compreensão** das diretrizes de **tratamento**.



## Os 5 As do Controle da Obesidade

O modelo 5 As foi originalmente criado para servir como uma estratégia de intervenção comportamental, com objetivo de ajudar pacientes a parar de fumar.<sup>4</sup>

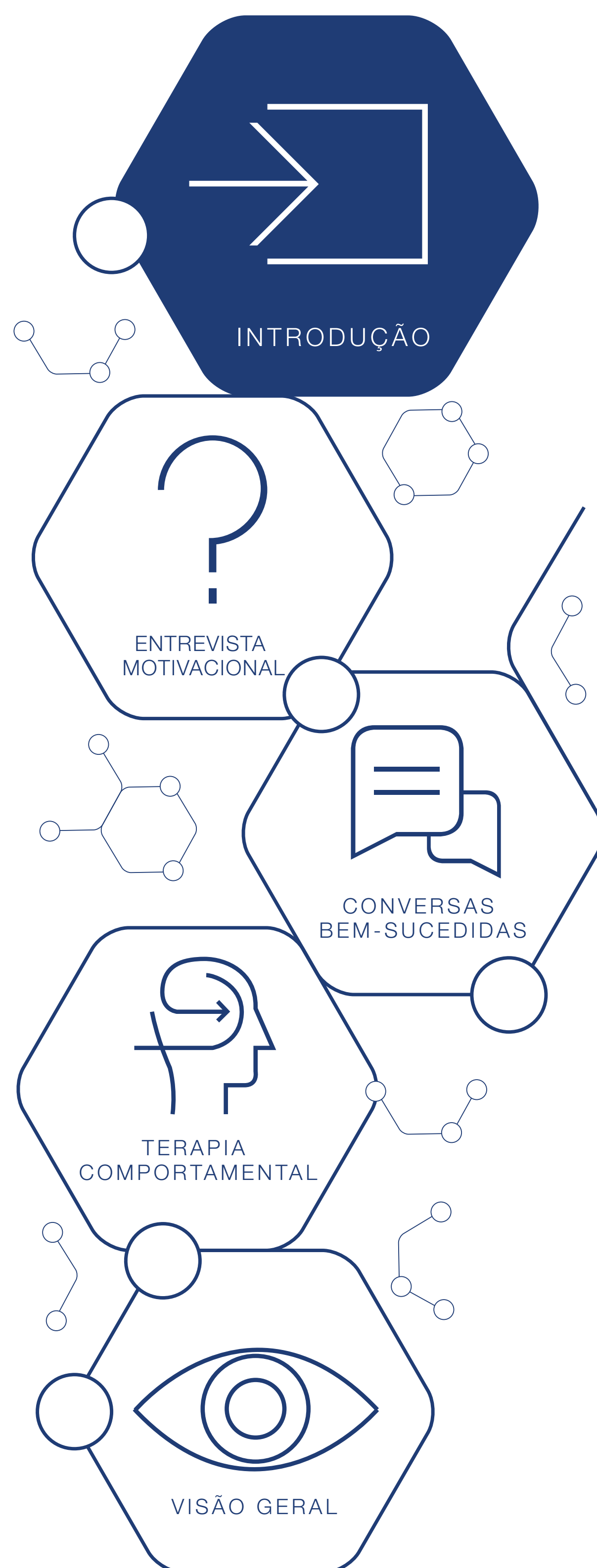
O modelo foi modificado para o controle da obesidade por profissionais de saúde para ser usado como uma estrutura para guiar uma conversa.

O modelo 5 As foi associado a uma maior motivação do paciente e alteração comportamental, quando usado por médicos em consultas para controle de peso com os pacientes.<sup>5</sup>

### Os 5 As para o controle da obesidade são os seguintes:<sup>6</sup>

<b>1. ASK</b> (PERGUNTAR)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peça permissão para discutir o peso</li> <li>• Explore a disposição por mudança</li> </ul>
<b>2. ASSESS</b> (AVALIAR)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avalie a classe e o estágio da obesidade</li> <li>• Avalie causas, complicações e barreiras</li> </ul>
<b>3. ADVISE</b> (ACONSELHAR)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aconselhe sobre os riscos da obesidade</li> <li>• Explique os benefícios da perda modesta de peso</li> <li>• Explique a necessidade de uma estratégia a longo prazo</li> <li>• Discuta as opções de tratamento</li> </ul>
<b>4. AGREE</b> (CONCORDAR)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entre em acordo com as expectativas de perda de peso realistas</li> <li>• Concentre-se em metas comportamentais (SMART) e resultados à saúde</li> <li>• Entre em acordo quanto ao plano de tratamento</li> </ul>
<b>5. ASSIST</b> (AUXILIAR)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aborde causas e barreiras</li> <li>• Forneça informação e recursos</li> <li>• Indique profissionais adequados</li> <li>• Providencie acompanhamento</li> </ul>

Para mais informações sobre o 5 As de Controle da Obesidade, visite [www.repenseaobesidade.com.br](http://www.repenseaobesidade.com.br)  
 Informações adicionais das diretrizes podem ser encontradas na página 26 deste material.



# Entrevista Motivacional

## Resumo

A entrevista motivacional é uma estratégia de envolvimento que visa melhorar as motivações e o compromisso de mudar os hábitos de uma pessoa. Como um método de comunicação, a entrevista motivacional é inerentemente colaborativa, procurando guiar em vez de direcionar os pacientes para a mudança.

Pelas estratégias de entrevistas motivacionais, os profissionais de saúde podem explorar de modo colaborativo as motivações dos pacientes para mudar e formular um plano de ação. As estratégias de entrevistas motivacionais incluem:<sup>7</sup>

- Perguntas abertas;
- Afirmações;
- Reflexões;
- Declarações resumidas.

Pode ser útil empregar o acrônimo PARD para lembrar essas estratégias. As pautas e as perguntas fornecidas ao longo do *Guia de Discussão* moldam a abordagem de entrevistas motivacionais para ajudar a guiar os profissionais de saúde na aplicação com seus pacientes.





## Definindo as Entrevistas Motivacionais<sup>7</sup>

De acordo com os desenvolvedores de entrevista motivacional, Steven Rollnick e William Miller, entrevista motivacional é “um estilo colaborativo, orientado para o objetivo de comunicação com atenção particular à linguagem da mudança. Ela é criada para fortalecer a motivação pessoal e o compromisso com uma meta específica ao obter e explorar os motivos próprios da pessoa para mudança, em uma atmosfera de aceitação e compaixão”.

## Princípios da Entrevista Motivacional<sup>7</sup>

Existem 4 princípios-chave que guiam a prática de entrevistas motivacionais com pacientes que buscam o controle de peso.

Expressando Empatia	Incentivando Autoeficácia
<p>Isto assegura seus pacientes que você os está escutando e vendo seu ponto de vista sobre o problema. Expressar empatia pode mostrar um interesse mais profundo na perspectiva do paciente.</p>	<p>A entrevista motivacional se baseia na capacidade existente dos pacientes para mudança. Ao focar nos sucessos anteriores, eles se sentirão capazes de conseguir e manter sua mudança desejada.</p>
Evocando Motivações para Mudança	Trabalhando Controvérsias
<p>Evocar significa fazer com que o paciente exponha seus motivos para mudança em vez de seguir ordens. Portanto, pacientes convencem a si mesmos a mudar ao explorar suas próprias ideias e sentimentos.</p>	<p>Por meio de conversas sobre controle de peso, você e seus pacientes começarão a ver as diferenças entre onde eles estão (hábitos atuais) e onde eles querem chegar (metas). Ajude os pacientes a perceber essa discrepância ao mesmo tempo em que enfatiza sua autonomia ao longo de todo o processo.</p>



## A Estratégia PARD de Entrevista Motivacional<sup>7</sup>

A prática da entrevista motivacional envolve algumas habilidades e estratégias específicas para ajudar os pacientes a reduzir ambivalência e avançar sua disposição para fazer alterações. Um modelo para entrevista motivacional é a **estratégia PARD**, que é uma maneira simples de gerar os benefícios pretendidos de entrevista motivacional.



<p><b>P</b> Perguntas abertas</p>	<p>Faça perguntas abertas que encorajam respostas pensadas e permitam um amplo escopo de respostas. Essas perguntas dão aos pacientes uma escolha em como responder.</p>	<p><i>Como você se sente quanto à sua saúde no momento?</i></p>
<p><b>A</b> Afirmações</p>	<p>Reconheça e dê apoio aos pontos fortes, sucessos e comportamentos positivos do seu paciente. Isto ajudará a promover uma relação colaborativa.</p>	<p><i>Dá mesmo para perceber a sua dedicação para melhorar a sua saúde e perder peso. Você melhorou em muitas coisas.</i></p>
<p><b>R</b> Reflexões</p>	<p>Escute de modo reflexivo e responda cuidadosamente parafraseando o ponto de vista do paciente para encorajar mais conversas e exploração</p>	<p><i>Tenho a sensação de que há muita pressão sobre você para perder peso, mas você não tem certeza de que pode conseguir por causa das dificuldades que teve antes para perder peso.</i></p>
<p><b>D</b> Declarações resumidas</p>	<p>Os resumos são semelhantes a reflexões no sentido em que eles ajudam a recontar e a esclarecer o ponto de vista do paciente. Ao contrário das reflexões, os resumos também ajudam a reunir vários pontos de sua conversa.</p>	<p><i>Então o que estou ouvindo é que você tem lutado com o peso na maior parte da sua vida adulta, e agora está começando a reconhecer como isso está afetando sua saúde e qualidade de vida. Vamos discutir algumas estratégias para desenvolver um plano para ajudá-lo a abordar suas preocupações.</i></p>





## Perguntas para consideração

Faça a si mesmo algumas perguntas antes de começar:

- Em uma escala de 1 a 5, meu atual nível de habilidade em entrevista motivacional é \_\_\_\_ (1 significando “nível muito baixo de habilidade na entrevista motivacional” a 5 significando “bastante proficiente em entrevista motivacional”).
- Com que frequência eu atualmente uso entrevista motivacional com meus pacientes?
- Como posso usar entrevistas motivacionais com mais frequência com meus pacientes ao conversar sobre peso?
- Minha equipe sabe o que é entrevista motivacional e sabe como usá-la em interações com pacientes?





# Principais Pontos para Conversas Bem-sucedidas

## Resumo

Colaboração, aconselhamento e suporte médico de profissionais de saúde podem ajudar os pacientes a alcançarem uma perda de peso clinicamente significativa e duradoura.<sup>3</sup> Estudos mostraram que conversas bem-sucedidas entre profissionais de saúde e pacientes ajudam os pacientes a terem mais sucesso com suas metas de perda de peso.<sup>3</sup>

A conversa de peso pode ser incômoda, o que faz com que as escolhas de palavras sejam especialmente importantes.<sup>8</sup> Outras estratégias de comunicação, como ouvir ativamente, empatia e encorajamento podem produzir resultados de saúde positivos para os pacientes.<sup>9</sup>



## Introdução

Estudos ligam comportamentos de comunicação como empatia, encorajamento e conversa psicológica com maior satisfação e adesão dos pacientes.<sup>9,10</sup>

Estudos mostraram que quando os médicos aconselham os pacientes com sobrepeso e obesidade a perderem peso, mudar seus hábitos alimentares ou se tornarem mais ativos, é mais provável que eles façam isso. Embora conversas frequentes com pacientes para controle de peso sejam úteis, é a qualidade das conversas que realmente levam a mudanças no comportamento.<sup>10</sup>

Há alguns pontos-chave que devem ser incorporados na sua comunicação com pacientes sobre seu peso.

## Comportamentos Positivos de Comunicação<sup>9</sup>

Estudos ligaram certos comportamentos verbais com satisfação do paciente, conformidade, compreensão ou uma visão positiva de sua relação com seu profissional de saúde. De acordo com um estudo de 2002, realizado por Beck et al<sup>9</sup> publicado no *Journal of the American Board of Family Practice*, os comportamentos verbais positivos incluem:

- Empatia
- Cortesia
- Simpatia
- Garantia
- Suporte
- Encorajamento
- Respeito pelas perguntas dos pacientes
- Dar explicação
- Reforço positivo







## Abordando o Preconceito com o Peso

Pesquisa indica que os pacientes com excesso de peso se sentem estigmatizados em muitas áreas de sua vida, incluindo o ambiente de atendimento e cuidado com a saúde.<sup>11</sup> A linguagem que você usa e seu ambiente são 2 componentes-chave para o controle bem-sucedido do peso. Para promover interações bem-sucedidas com seus pacientes, é importante considerar a seguinte lista de verificação:<sup>12</sup>



### Equipamentos para área de espera

- Cadeiras de braço aberto que possam suportar mais de 140 kg
- Sofás firmes que possam suportar mais de 140 kg
- Materiais de leitura relacionados ao peso

### Equipamentos para sala de exame

- Balanças de peso corporal com uma capacidade de mais de 140 kg
- Medidor de altura
- Aventais grandes
- Escadinhas com corrimão
- Manguitos para pressão arterial adequados
- Fita métrica
- Mesas amplas de exame, preferivelmente parafusadas ao chão
- Considere uma inclinação hidráulica, se possível

### Ferramentas

- Quadro de Índice de Massa Corporal (IMC)
- Questionário médico autoadministrado
- Questionário dos hábitos de alimentação
- Questionário dos hábitos de atividade física
- Representação gráfica de seu quadro de ganho de peso
- Diários de alimentação e atividade
- Pedômetros

### Procedimentos

- Protocolos de tratamento
- Uso de medicação
- Encaminhamentos para outros profissionais de saúde

É recomendado também que as balanças sejam colocadas em uma área privada e que a equipe clínica só discuta o peso de um paciente dentro de uma sala de exame reservada.<sup>12</sup>



## Perguntas a considerar

Faça a si mesmo algumas perguntas para avaliar sua atitude com pacientes acima do peso:

- Como eu me sinto quando trabalho com pacientes de diferentes tamanhos de corpo e excesso de peso?
- Eu faço julgamentos sobre caráter, inteligência ou capacidade de uma pessoa com base, unicamente, no seu peso ou aparência?
- Considere a sua linguagem corporal ao discutir o peso com seus pacientes. Seus braços estão cruzados sobre seu peito? Você faz algum gesto empático, como um tapinha no ombro ou joelho dele? Você está de pé ou sentado?
- Ao discutir o peso com um paciente, estou utilizando linguagem centrada na pessoa e evitando rótulos e termos críticos?



# Terapia Comportamental

## Resumo

A terapia comportamental é um componente do controle de peso que fornece aos pacientes um conjunto de princípios e habilidades que os ajudam a modificar seus hábitos atuais, especialmente quando se relacionam com alimentação e atividade física.<sup>14</sup>

O objetivo primário da terapia comportamental é mudar os comportamentos e manter tais mudanças com o tempo. A fim de manter a mudança, as técnicas de terapia comportamental procuram maximizar a capacidade de um paciente efetuar alguma mudança e se envolver com o autocuidado.<sup>14</sup>

Há muitas habilidades e estratégias comumente associadas à terapia comportamental para controle de peso incluindo: <sup>13</sup>

- Automonitoramento
- Controle de estímulo
- Substituição comportamental
- Solução de problema
- Reestruturação cognitiva
- Estabelecimento de meta



## Introdução

A obesidade é uma doença complexa e crônica<sup>1</sup> influenciada “por fatores genéticos, psicológicos, ambientais, sociais, econômicos e políticos”<sup>2</sup>, que frequentemente exige controle a longo prazo.<sup>1</sup> A perda de peso é desafiadora para muitos pacientes, e a terapia comportamental é um importante item para o tratamento da obesidade.

Tipicamente, os profissionais de saúde citam as restrições de tempo e a falta de treinamento como barreiras para iniciar a terapia comportamental. Entretanto, o objetivo da terapia comportamental é maximizar a capacidade do paciente em efetuar alguma mudança para aumentar e promover o autocuidado.<sup>14</sup>

As estratégias e as habilidades para terapia comportamental fornecidas ao longo desse recurso também estão incluídas em muitas das pautas e perguntas fornecidas no *Guia de Discussão*.

## Características da Terapia Comportamental para o Controle de Peso<sup>15</sup>

Embora existam várias habilidades e estratégias associadas à terapia comportamental, ela é definida pelas seguintes características:

- Especifica as metas que podem ser medidas ao longo do tempo;
- O tratamento se concentra no processo de mudança comportamental;
- Encoraja pequenas e factíveis mudanças ao invés de mudanças drásticas.

## Definindo Terapia Comportamental para Controle de Peso Clínico

De acordo com Wadden et al, “Quando aplicada para o controle de peso, a terapia comportamental se refere a um conjunto de princípios e técnicas para ajudar indivíduos obesos a modificarem hábitos de alimentação, atividade e pensamento que contribuem para seu excesso de peso”.<sup>16</sup>





## Estratégias e Habilidades da Terapia Comportamental

Para atingir os benefícios potenciais da terapia comportamental, é importante transmitir e gerar um conjunto de habilidades para seus pacientes.

Automonitoramento <sup>13</sup>	Exemplo
<p>A simples prática de registrar os hábitos de alimentação e atividade física do paciente, assim como pensamentos ou sentimentos conectados a esses hábitos, possibilita que os pacientes direcionem o progresso em direção às metas e obtenha uma perspectiva sobre padrões de comportamento.</p>	<p><i>Acompanhamento diário alimentar e de atividade.</i></p>
Controle de estímulo <sup>13</sup>	Exemplo
<p>Após os pacientes aprenderem a identificar os estímulos em seus ambientes comuns que levam a comportamentos incidentais, eles podem modificar o ambiente a fim de limitar sua exposição a tais estímulos.</p>	<p><i>Listar sugestões de alimentos comuns e modificar o ambiente a fim de reduzir essas sugestões, como retirar alimentos ricos em calorias de áreas acessíveis.</i></p>
Substituição comportamental <sup>13</sup>	Exemplo
<p>Identificar sugestões para comer que não estão relacionadas com fome e substituir comportamentos alternativos para alimentação.</p>	<p><i>Listar sugestões de alimentos comuns e substituir respostas como fazer faxina ou outras atividades de baixa intensidade.</i></p>





### Solução de problemas<sup>13</sup>

Essas são habilidades que ajudam os pacientes a identificar os problemas atuais ou prever os possíveis problemas, elaborar e implantar soluções, e avaliar a eficácia da solução.

### Exemplo

*A maioria dos exemplos listados é de solução de problemas.*

### Reestruturação cognitiva<sup>13</sup>

O modo como os pacientes se veem e seus comportamentos podem influenciar sua capacidade em iniciar e sustentar mudanças comportamentais. Reestruturar uma atitude negativa em uma positiva que encoraja os pacientes a se concentrarem no progresso, como um hábito ao invés de apenas em contratempos.

### Exemplo

*Ajudar os pacientes a superarem pensamentos negativos após reganhar uma pequena quantidade de peso ao se concentrar nas melhoras de saúde e na qualidade de vida.*

### Estabelecimento de metas<sup>13</sup>

O estabelecimento de metas para controle comportamental de peso deve se concentrar no progresso e na concretização ao longo do tempo. Mais informações sobre a conversa de metas podem ser encontradas na seção intitulada *Estabelecendo Metas Individuais do Guia de Discussão*.

### Exemplo

*Estabelecer uma meta para cozinhar a maioria das refeições em casa por 2 semanas com um incentivo de jantar fora no final desse período.*



## Benefícios da Terapia Comportamental

Sessões bem-sucedidas de terapia comportamental entre profissionais de saúde e pacientes podem gerar resultados benéficos, como:

- **Mudanças graduais e sustentáveis:** a mudança comportamental pode ser um processo cansativo e frequentemente demorado. A terapia comportamental promove um processo gradual para criar uma mudança sustentável;<sup>15</sup>
- **Maior capacidade de autocontrole:** a terapia comportamental permite que os pacientes percebam as relações estímulo-respostas em suas vidas e mudanças de certos comportamentos;<sup>14</sup>
- **Resultados:** pesquisas mostraram que modificações abrangentes no estilo de vida como dieta, atividade física e terapia comportamental, induzem à perda de peso de aproximadamente 10% do peso inicial do paciente em 16-26 semanas de tratamento.<sup>17</sup>



# Visão Geral do Tratamento

## Resumo

A obesidade é atualmente um dos mais graves problemas de saúde pública. Sua prevalência vem crescendo acentuadamente nas últimas décadas. O tratamento da obesidade, entretanto, continua produzindo resultados insatisfatórios, em grande parte por estratégias equivocadas e pelo mau uso dos recursos terapêuticos disponíveis.

Além de buscarmos planos terapêuticos mais eficazes, faz-se necessário, também, que sejam adotadas medidas de prevenção para conter o surgimento de casos novos e evitar que a prevalência da doença continue crescendo a despeito de todos os esforços com seu tratamento. Neste documento, são apresentados dados sobre a prevalência, os riscos e os custos associados com a obesidade, são sugeridas medidas que possam contribuir para a prevenção da doença e, finalmente, são analisados os métodos atualmente disponíveis para a avaliação e o tratamento do paciente com obesidade.

O Documento do Consenso Latino-Americano em Obesidade é destinado principalmente a médicos, nutricionistas, psicólogos, professores de educação física e outros profissionais de saúde que lidam com pacientes obesos. É dirigido também a autoridades governamentais, a jornalistas da área de saúde e a todo profissional que possa contribuir, direta ou indiretamente, para o combate a este grave problema que é a obesidade.







## Estrutura AACE do Tratamento da Obesidade<sup>1</sup>

A AACE estabeleceu uma estrutura avançada para o diagnóstico, o tratamento e o controle da obesidade. Embora medidas antropométricas, como IMC, sejam utilizadas na estrutura AACE, o diagnóstico completo considera o impacto do peso sobre a saúde geral do paciente, levando em conta a presença e a gravidade de complicações específicas relacionadas à obesidade. A classificação de complicações pode ser utilizada para guiar a seleção da modalidade de tratamento e a intensidade da terapia para perda de peso. **Visite [www.aace.com/article/278](http://www.aace.com/article/278)** para a versão completa da estrutura avançada.

Embora a visão geral do tratamento AACE seja ótima para iniciar, cada plano de controle de peso deve ser personalizado para pacientes individuais, de acordo com a presença e a gravidade de suas complicações relacionadas à obesidade, assim como metas individuais e nível de motivação dos pacientes.



# Diretrizes AACE para o Controle e Tratamento da Obesidade



Diagnóstico		Tratamento e Classificação Específica de Complicações <sup>b</sup>	
ETAPA 1	ETAPA 2	ETAPA 3	ETAPA 4
Componente Antropométrico-IMC <sup>a</sup>	Componente Clínico	Classificação Específica de Complicações	Intervenções Terapêuticas Sugeridas <sup>c</sup> (com base no julgamento clínico)
25.0 a 29.9	Presença ou Ausência de complicações relacionadas à obesidade	Sobrepeso	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Padrão de refeição saudável e atividade física</li> <li>• Modificação no estilo de vida/plano de refeição com calorias reduzidas</li> </ul>
≥30	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Condições metabólicas               <ul style="list-style-type: none"> <li>— Pré-Diabetes</li> <li>— Síndrome metabólica</li> <li>— Diabetes tipo 2</li> <li>— Hipertensão</li> <li>— Dislipidemia</li> <li>— NAFLD/NASH</li> </ul> </li> </ul>	Obesidade Estágio 0	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modificação no estilo de vida/plano de refeição com calorias reduzidas/atividade física</li> <li>• Terapia intensa comportamental e de estilo de vida</li> </ul>
≥25	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apneia de Sono</li> <li>• DPOC</li> <li>• Osteoartrite</li> <li>• Incontinência por Estresse</li> </ul>	Obesidade Estágio 1 (1 ou mais complicações leves ou moderadas)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modificação no estilo de vida/plano de refeição com calorias reduzidas/atividade física</li> <li>• Terapia intensiva comportamental e de estilo de vida</li> <li>• Considere adicionar medicações para perda de peso no programa de terapia de estilo de vida, se IMC≥27<sup>d</sup></li> </ul>
≥25	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DRGE</li> <li>• Incapacidade/</li> <li>• Imobilidade</li> <li>• Transtorno psicológico ou estigmatização</li> </ul>	Obesidade Estágio 2 (Pelo menos 1 complicação grave)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapia intensiva comportamental e de estilo de vida</li> <li>• Terapia intensiva comportamental e de estilo de vida com medicações, se IMC≥27</li> <li>• Considere cirurgia bariátrica em pacientes com diabetes tipo 2 e IMC 35,0 a 39,9</li> <li>• Considere a cirurgia bariátrica em pacientes com IMC≥40</li> </ul>

Observação: Todos os pacientes com IMC ≥ 25 têm Sobrepeso, Obesidade Estágio 0, Obesidade Estágio 1 ou Obesidade Estágio 2 dependendo da avaliação clínica inicial quanto à presença e à gravidade de complicações. Esses pacientes devem ser acompanhados ao longo do tempo e avaliados para mudanças em componentes antropométricos e diagnósticos clínicos. Os diagnósticos de Sobrepeso/Obesidade Estágio 0, Obesidade Estágio 1 e Obesidade Estágio 2 não são estáticos, e à progressão da doença pode justificar uma terapia mais agressiva para perda de peso no futuro. Os pacientes com IMC aumentado devido à musculatura devem ser excluídos.

- a. Em certas populações étnicas, a circunferência da cintura deve ser avaliada, se o IMC for 23-25 kg/m<sup>2</sup>. Se a circunferência da cintura for elevada, utilizando valores de corte específicos da população étnica, esse fator de risco positivo identifica um paciente que poderia se beneficiar com a perda de peso e atende aos critérios para um diagnóstico de Obesidade Estágio 1. A circunferência da cintura também é utilizada na avaliação clínica de todos os pacientes para Síndrome Metabólica e, se elevada, indica Sobrepeso Estágio 1;
- b. Os estágios são determinados utilizando critérios específicos para cada complicação relacionada à obesidade. Estágio 0 = sem complicação; Estágio 1 = leve a moderado; Estágio 2 = grave;
- c. O plano de tratamento deve ser individualizado; intervenções sugeridas são apropriadas para obter o grau suficiente de perda de peso geralmente exigido para tratar a(s) complicação(ões) relacionada(s) à obesidade no estágio especificado de gravidade;
- d. O IMC ≥ 27 é consistente com as informações de prescrição obrigatórias pela Food and Drug Administration para medicações de perda de peso.

Reimpresso de Endocrine Practice, Vol #20 (9), Autor(es): Garvey WT et al, Título do Artigo: 2014 Advanced Framework for a New Diagnosis of Obesity as a Chronic Disease, Tabela nº 5, Direitos Autorais: 9/2014, com a Associação Americana de Endocrinologistas Clínicos.





## Complicações Relacionadas com a Obesidade que Podem ser Melhoradas pela Perda de Peso<sup>1</sup>

As diretrizes AACE recomendam o tratamento da obesidade com base na presença e na gravidade de complicações relacionadas à obesidade. Cada estágio da doença corresponde ao nível de gravidade de 1 ou mais dessas complicações. Várias das complicações abaixo têm um marcador clínico correspondente que pode ser utilizado na avaliação da presença e da gravidade da complicação. Utilizando esses marcadores clínicos e informações coletadas de exames físicos e conversas com seus pacientes, você pode classificar a doença.

- Pré-diabetes
- Síndrome de ovário policístico (PCOS)
- Síndrome metabólica
- Osteoartrite
- Diabetes mellitus tipo 2
- Incontinência urinária por estresse e de urgência
- Hipertensão
- Doença de Refluxo Gastresofágico (DRGE)
- Hipertrigliceridemia/dislipidemia
- Incapacidade/imobilidade
- Doença hepática gordurosa não-alcoólica (NAFLD)
- Transtorno psicológico ou estigmatização
- Apneia do sono

Uma lista completa de critérios específicos de complicações pode ser encontrada em [www.aace.com/files/position-statements/framework-position-statement.pdf](http://www.aace.com/files/position-statements/framework-position-statement.pdf).



## Planejamento para Alimentação Saudável e Atividade Física

O início de hábitos de alimentação saudável e atividade é uma etapa fundamental no controle de peso. Independentemente do estágio da doença de seu paciente, planos de alimentação saudável e atividade física são recomendados pela AACE. Mesmo se opções mais agressivas de tratamento como cirurgias forem escolhidas, um plano de alimentação saudável e atividade física precisa ser iniciado.<sup>1</sup>

## Desafios Comuns do Paciente para Alimentação Saudável e Atividade Física

Ao criar um plano para alimentação saudável e atividade física com seu paciente, pode ser útil discutir os desafios comuns que os pacientes costumam enfrentar.<sup>18-20</sup>

- Condições de saúde comórbidas
- Tempo
- Longos deslocamentos até o trabalho
- Motivação
- Mitos da dieta e da boa forma
- Custo
- Preferências pessoais
- Acesso
- Expectativas não realísticas
- Segurança
- Autoconsciência
- Confusão
- Autodúvida





## Estratégias para Melhores Hábitos de Alimentação Saudável

De acordo com o relatório da Força-Tarefa do Colégio Americano de Cardiologia/Associação Americana do Coração sobre Diretrizes de Prática e da Sociedade de Obesidade (AHA/ACC/TOS), evidências sugerem que nenhum plano ou estratégia individual de modificação na dieta é mais eficaz do que outra, desde que a meta seja conseguir um déficit calórico diário de 500 a 750.<sup>21</sup>

Se você perceber que os pacientes precisam de mais orientação, considere encaminhá-los para nutricionistas.



## Melhores Práticas para Dar Suporte à Alimentação Saudável e Atividade Física

Seguem algumas estratégias para suportar os esforços dos seus pacientes com alimentação saudável e atividade física:

### Alimentação Saudável<sup>22</sup>

- Ajude seus pacientes a notar que a alimentação saudável não tem de ser restritiva. Encoraje-os a comer alimentos mais saudáveis em vez de recomendar que eles comam menos;
- Lembre os pacientes da importância de estabelecer tempos regulares de refeição. Enfatize que pular refeições pode fazer com que se coma em excesso mais tarde;
- Aconselhe os pacientes a introduzirem lentamente substituições dietéticas em vez de mudar toda a dieta;
- Discuta o controle da porção com os pacientes e lembre-os de que podem continuar a usufruir de seus alimentos preferidos com moderação;
- Ajude os pacientes a serem mais conscientes sobre seus desencadeadores de alimentação. A medida que os pacientes se tornam mais cientes desses desencadeadores, eles podem fazer mudanças para evitá-los ou substituir por outros comportamentos mais saudáveis.





### Atividade Física<sup>20</sup>

- Ajuste suas recomendações para atividade física com as capacidades de cada paciente;
- Ajude os pacientes a desenvolver e a alcançar metas realistas para atividade física;
- Lembre os pacientes de que a atividade física pode ser dividida em segmentos menores ao longo do dia;
- Conecte os interesses dos pacientes com oportunidades para maior atividade física e lembre-os de que a atividade física não deve ser uma rotina estruturada de exercícios;
- Discuta as barreiras de seus pacientes à atividade física e resolvam juntos os problemas;
- Leve em consideração o estado de saúde dos pacientes e as comorbidades ao fazer recomendações para aumento da atividade física;
- Discuta a rede de suporte dos pacientes e os encoraje a recrutar suporte de amigos e família ou participar de atividades em grupo;
- Se os pacientes lutam com o aumento da atividade física, recomende que eles comecem reduzindo a quantidade de tempo sedentário;
- Ajude os pacientes a desenvolver estratégias para incorporar atividade física na sua rotina.



### Exemplos de outras diretrizes para o tratamento e o controle podem ser encontrados nos sites abaixo:

A ACC e a AHA colaboraram com o Instituto Nacional de Coração, Pulmão e Sangue (NHLBI) e organizações interessadas e de profissionais para desenvolver diretrizes de prática clínica para a avaliação do risco cardiovascular, modificações no estilo de vida para reduzir o risco CV e controle do colesterol sanguíneo, sobrepeso e obesidade em adultos. As diretrizes foram aprovadas para publicação pelo ACC, AHA e TOS.

**Diretriz TOS/AHA/ACC de 2013 para o controle do sobrepeso e da obesidade em adultos:** Um relatório da Força-Tarefa do Colégio Americano de Cardiologia/Associação Americana do Coração sobre Diretrizes de Prática e da Sociedade de Obesidade [circ.ahajournals.org/content/early/2013/11/11/01.cir.0000437739.71477.ee.citation](http://circ.ahajournals.org/content/early/2013/11/11/01.cir.0000437739.71477.ee.citation)

**Instituto Nacional de Diretriz Clínica de Saúde da identificação, avaliação e tratamento de sobrepeso e obesidade em adultos** [www.nhlbi.nih.gov/\\_les/docs/guidelines/ob\\_gdlns.pdf](http://www.nhlbi.nih.gov/_les/docs/guidelines/ob_gdlns.pdf)

**Sistema de Classificação de Obesidade de Edmonton (EOSS)**  
[www.drsharma.ca/edmonton-obesity-staging-system.html](http://www.drsharma.ca/edmonton-obesity-staging-system.html)

**Sociedade Americana para Profissionais Bariátricos (ASBP)**  
[www.asbp.org/obesityalgorithm.html](http://www.asbp.org/obesityalgorithm.html)

Força-Tarefa de Serviços Preventivos dos EUA

Declaração Final de Recomendação de Obesidade em Adultos: Triagem e Controle

[www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/RecommendationStatementFinal/obesity-in-adults-screening-and-management](http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/RecommendationStatementFinal/obesity-in-adults-screening-and-management)





**Referências:**

1. Garvey WT, Garber AJ, Machanic JI, et al. American association of clinical endocrinologists and American college of endocrinology position statement on the 2014 advanced framework for a new diagnosis of obesity as a chronic disease. *Endocr Pract.* 2014;20(9):977-89.
2. Wright SM, Aronne LJ. Causes of obesity. *Abdom Imaging.* 2012;37(5):730-2.
3. Rose SA, Poynter PS, Anderson JW, et al. Physician weight loss advice and patient weight loss behavior change: a literature review and meta-analysis of survey data. *Int J Obes (Lond).* 2013;37(1):118-28.
4. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008.
5. Jay M, Gillespie C, Schlair S, et al. Kalet A Physicians' use of the 5A's in counseling obese patients: is the quality of counseling associated with patients' motivation and intention to lose weight? *BMC Health Serv Res* 2010;10:159.
6. Vallis MI, Piccinini-Vallis H, Sharma AM, Freedhoff Y. Clinical review: modified 5 As: minimal intervention for obesity counseling in primary care. *Can Fam Physician.* 2013 Jan;59(1):27-31.
7. Miller WR, Rollnick S. *Motivational Interviewing, Helping People Change.* Guilford Press; 2012.
8. Wadden TA, Didie E. What's in a name? Patients' preferred terms for describing obesity. *Obes Res.* 2003;11(9):1140-6.
9. Beck RS, Daughtridge R, Sloane PD. Physician-patient communication in the primary care office: a systematic review. *J Am Board Fam Pract.* 2002;15:25-38.
10. Pollak KI, Østbye T, Alexander SC, et al. Empathy goes a long way in weight loss discussions. *J Fam Pract.* 2007;56:1031-1036.
11. Puhl RM, Andreyeva T, Brownell KD. Perceptions of weight discrimination: prevalence and comparison to race and gender discrimination in America. *Int J Obes (Lond).* 2008;32(6):992-1000.
12. Kushner RF. *Roadmaps for Clinical Practice: Case Studies in Disease Prevention and Health Promotion Assessment and Management of Adult Obesity: A Primer for Physicians. Booklet 9: Setting up the Office Environment.* Chicago, Ill: American Medical Association; 2003.
13. Fabricatore AN. Behavior therapy and cognitive-behavioral therapy of obesity: is there a difference? *J Am Diet Assoc.* 2007;107(1):92-9.
14. Adachi Y. Behavior therapy for obesity. *JMAJ.* 2005;48(11):539-544.
15. Kushner R, Lawrence V, Kumar S. *Practical Manual of Clinical Obesity.* Wiley-Blackwell; 2013.
16. Wadden TA, Webb VL, Moran CH, Bailer BA. Lifestyle modification for obesity: new developments in diet, physical activity, and behavior therapy. *Circulation.* 2012;125(9):1157-70.
17. Sarwer DB, von Sydow Green A, Vetter ML, Wadden TA. Behavior therapy for obesity: where are we now?. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes.* 2009;16(5):347-52.
18. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIDDK), National Institute of Health (NIH), (2014). *Active at any size.* NIH Publication No. 10-4352, June, 2014.
19. National Institute of Diabetes & Digestive & Kidney Diseases (NIDDK), National Institutes of Health (NIH). *Weight loss and nutrition myths. How much do you really know?* NIH Publication No. 04-4561, October, 2014.
20. Kushner RF. *Roadmaps for Clinical Practice: Case Studies in Disease Prevention and Health Promotion Assessment and Management of Adult Obesity: A Primer for Physicians. Booklet 5: Physical Activity Management.* Chicago, Ill: American Medical Association; 2003.
21. Jensen MD, Ryan DH, Apovian CM, et al. 2013 AHA/ACC/TOS guideline for the management of overweight and obesity in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and The Obesity Society. *Circulation.* 2014;63(25 Pt B):2985-3023.
22. Kushner RF. *Roadmaps for Clinical Practice: Case Studies in Disease Prevention and Health Promotion—Assessment and Management of Adult Obesity: A Primer for Physicians. Booklet 4: Dietary Management.* Chicago, Ill: American Medical Association; 2003.



# Repense a Obesidade™

® Marca registrada Novo Nordisk A/S  
© 2016 Novo Nordisk Farmacêutica do Brasil Ltda.  
Disk Novo Nordisk: 0800 14 44 88  
[www.novonordisk.com.br](http://www.novonordisk.com.br)

SAX-066-07/2016  
Julho/2016

Material destinado exclusivamente a profissionais de saúde habilitados a prescrever e/ou dispensar medicamentos.

