

Projeto de cuidado global da saúde das pessoas com obesidade

Dezembro/2023

Projeto de cuidado global da saúde das pessoas com obesidade

Este documento surgiu frente à necessidade de melhorar o cuidado das pessoas com obesidade no Estado de São Paulo, o que foi explicitado com a morte de Vitor Augusto Marcos de Oliveira em 05 de janeiro de 2023. Na ocasião, o Secretário Estadual de Saúde, Dr. Eleuses Paiva, e o Presidente da Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (Abeso), Dr. Bruno Halpern, acordaram em relação à criação de um Grupo de Trabalho (GT) para elaborar o projeto de cuidado global da saúde das pessoas com obesidade no Estado de São Paulo. A Abeso reuniu os especialistas da área de universidades de todo o Estado para compor o GT, que produziu esta proposta que pode ser útil para ser utilizada por gestores de qualquer estado ou cidade do Brasil.

Na elaboração, foram consideradas apenas estratégias baseadas em evidência científica, especialmente na atenção primária e secundária de saúde, setores estes que não têm estratégia estruturada para o cuidado dos pacientes com obesidade.

Que esse projeto inspire gestores para estratégias mais estruturadas e eficazes no cuidado dos pacientes, bem como inspire também os próprios pacientes ao exercício de reivindicar que o SUS também cuide deles com equidade.

Componentes do Grupo de Trabalho:



Coordenadores: Bruno Halpern e Maria Edna de Melo

Membros:

- Alessandra C. Goulart – Universidade de São Paulo – Hospital Universitário – HU/USP
- Ana Raimunda Dâmaso – Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina – EPM/UNIFESP
- André Câmara – Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia Regional de SP
- Ângela Spinola – Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia
- Bruno Geloneze – Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP
- Cintia Cercato – Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica – Abeso
- Glaucia Carneiro – Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina – EPM/UNIFESP
- João Eduardo Nunes Salles – Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
- Marcio C. Mancini – Universidade de São Paulo – Grupo de Obesidade da Disciplina de Endocrinologia do HCFMUSP
- Maristela Rui – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP
- Patrícia Constant Jaime – Faculdade de Saúde Pública – FSP/USP
- Patrícia Moreira – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – FMRP
- Sérgio Antônio Nechar Júnior – Faculdade de Medicina de Marília – FAMEMA
- Vânia Moreira – Universidade Estadual Paulista – UNESP

Introdução

A obesidade atinge proporções epidêmicas no Brasil e no mundo. Segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019, aproximadamente 60% da população brasileira apresentava excesso de peso, sendo que 25% apresentam obesidade (cerca de 41 milhões de brasileiros). O cenário mundial é igualmente alarmante. Desde 1975, a prevalência de obesidade no mundo mais do que triplicou. Atualmente, quase 40% da população adulta mundial apresenta excesso de peso, sendo que 13% encontram-se na faixa de obesidade – o que representa mais de 1 bilhão de pessoas com diagnóstico de obesidade.

A presença de obesidade está relacionada diretamente a uma maior morbidade e mortalidade. Estudos epidemiológicos demonstram uma curva em J na relação entre IMC e mortalidade, na qual observamos aumento da mortalidade com IMC acima de 25 kg/m². O risco é progressivamente maior com o aumento do IMC, especialmente na faixa de obesidade grau 3 (IMC acima de 40 kg/m²).

Como a obesidade está relacionada a diversas outras condições crônicas de saúde, este aumento da prevalência reflete também um aumento nos gastos em saúde com o cuidado dessas complicações, incluindo o diabetes, as dislipidemias, aterosclerose, síndrome metabólica, esteatose hepática gordurosa não alcoólica, doenças cardiovasculares, distúrbios do sono, e transtornos do humor, como ansiedade e depressão. Assim, o tratamento da obesidade evita e controla as complicações relacionadas ao excesso de peso, bem como melhora a qualidade de vida. O objetivo do tratamento não é a normalização do IMC, pois perdas ponderais modestas, a partir de 2,5 a 5% do peso corporal, já trazem significativos benefícios para a saúde. De uma maneira geral, quanto maior a perda de peso, mais significativos serão esses ganhos, incluindo a redução no risco cardiovascular e outras complicações.

Atualmente, poucos serviços no sistema público disponibilizam tratamento específico da obesidade, sendo o cuidado basicamente direcionado ao controle de comorbidades.

Nesse cenário merece destaque a experiência exitosa do Departamento Regional de Saúde de Marília (DRS-IX), onde a linha de cuidado inclui abordagem específica, baseada em estratégia cognitivo-comportamental, oferecida de forma intensiva aos usuários. A atenção especializada não tem participação efetiva no cuidado desses pacientes, uma vez que a inexistência de medicamentos disponíveis limita a atuação do médico especialista. O cuidado na atenção terciária, onde cirurgias bariátrica e reparadora são realizadas, é caracterizado por longas filas, nas quais os pacientes podem esperar por até dez anos ou mais, sendo que muitos morrem nessa esperança.

Tratar a obesidade implica na redução de outras doenças crônicas não transmissíveis, melhora da qualidade e expectativa de vida dos pacientes, além de diminuição dos custos no sistema de saúde. Diante desse impacto individual e social, o tratamento da obesidade precisa ser bem estruturado em linhas de cuidado efetivas que funcionem em todos os municípios, e, considerando a sua etiologia multifatorial é fortemente sugerido acolhimento e acompanhamento por equipes multidisciplinares.

Objetivo

O objetivo deste documento é fomentar a estruturação de uma linha de cuidado efetiva no cuidado das pessoas com obesidade ou sobrepeso com comorbidades.

Abordagem conforme nível de atenção à saúde

Atenção primária

- Estratificação de risco de todos os pacientes atendidos: diagnóstico nutricional, doenças associadas e hábitos de vida.
- Programa de Cuidados Individual e Coletivo para Obesidade baseado em estratégias cognitivo-comportamentais.¹⁻⁷
 - Atendimento em grupo, preferencialmente em ambiente virtual para facilitar a adesão evitando deslocamentos, diminuir a necessidade de espaço físico e o número de profissionais.
 - Equipe para suporte de autocuidado apoiado efetivamente disponível em horário amplo por atendimento virtual.
 - Oficinas periódicas com membros da equipe multidisciplinar para abordagem de temas específicos.
 - Acompanhamento intensivo: semanal nos primeiros seis meses, seguido de quinzenal.
 - Conteúdo programático geral pré-definido com conceitos básicos, adaptando para características locais, como por exemplo:
 - Alimentos ultraprocessados, hipercalóricos
 - Estímulo contínuo para prática de atividade física – esclarecendo sua real importância na saúde e perda ponderal
 - Estratégias que ajudam mudanças de hábitos: automonitoramento, controle de estímulos
 - Situações fora da rotina
 - Avaliação periódica mensal da evolução do paciente: peso e consumo alimentar

- Referenciamento de pacientes para a atenção especializada e/ou terciária, quando necessário.
- Matriciamento: acompanhamento de pacientes em tratamento da obesidade, doenças associadas e suplementação de micronutrientes após cirurgia bariátrica que estejam estáveis com tratamento implementado na atenção especializada

Atenção secundária - especializada

Em virtude da complexidade e da ausência de capacitação dos profissionais de saúde para o cuidado das pessoas com obesidade, faz-se necessária a criação de Centros de Referência em Obesidade para atendimento especializado e capacitação dos profissionais da rede.

- Atendimento de pacientes sem resposta ao tratamento da atenção primária após seis meses de acompanhamento – o seguimento no Programa de Cuidados Individual e Coletivo para Obesidade deve ser mantido.
 - Atendimento de pacientes com $IMC \geq 50 \text{ kg/m}^2$ em conjunto com a atenção primária desde o início do seguimento, enquanto aguardam cirurgia bariátrica.
 - Atendimento com equipe multidisciplinar: endocrinologista, nutricionista, psicólogo, educador físico, enfermeiro.
 - Disponibilidade de medicamentos para o tratamento da obesidade⁸⁻¹⁰ e de suplementação adequada de vitaminas e de minerais após cirurgia bariátrica:¹¹
 - Embora cinco medicamentos estejam aprovados pela ANVISA para o tratamento da obesidade, consideramos para uma linha de cuidado a inclusão de, pelo menos, os seguintes medicamentos: *
 - Sibutramina: pacientes com idade <55 anos, sem doenças que contraindiquem a medicação.
 - Liraglutida: pacientes com risco cardiovascular elevado ou doença cardiovascular estabelecida.
- *A manutenção do uso do medicamento está condicionada à tolerabilidade e à resposta terapêutica: considera-se boa resposta uma perda de peso $\geq 5\%$ após três meses de tratamento com a maior dose recomendada da medicação.

- Suplementação após cirurgia bariátrica
 - Polivitamínico
 - Citrato de cálcio
 - Vitamina D em apresentação de 2.000 UI ou superior

Atenção terciária

Na atenção terciária são realizados os procedimentos de maior complexidade, orientados pela portaria do 424 (19/03/2013) do Ministério da Saúde. A implementação de uma linha de cuidado mais estruturada e efetiva corrigirá a falha no sistema, onde os pacientes são operados sem tratamento clínico prévio.

- Pacientes em fila de cirurgia devem ter suporte contínuo na atenção primária e especializada
- A inclusão de novos pacientes em fila deve ser feita para pacientes com IMC ≥ 50 kg/m² independente de seguimento prévio, e ≥ 40 kg/m² com ou sem doença associada ou ≥ 35 kg/m² na presença de doença associada após seguimento de 2 anos na atenção primária e secundária/especializada.
 - Essa recomendação somente é adequada após o funcionamento do programa por pelo menos 2 anos.
- A estruturação da linha de cuidado permitirá um fluxo de atendimento coerente, permitindo que os Departamentos Regionais de Saúde do estado organizem suas listas de espera de cirurgia bariátrica (que atualmente não estão organizadas).

Peculiaridades essenciais ao tratamento da pessoa com obesidade

- Equipe assistente:
 - Treinamento dos profissionais de saúde, através de cursos online e/ou presenciais para formação de equipes multidisciplinares.
 - Capacitar para o entendimento de obesidade como doença crônica complexa, que independe da vontade individual;
 - Capacitar para comunicação não violenta, evitando termos ou orientações indevidas;
 - Capacitar para atenção ao cuidado global da saúde do paciente, evitando atrasos ou ausência de outros diagnósticos em situações clínicas ou cirúrgicas;
 - Capacitar a equipe para atender os pacientes com acolhimento e empatia: as pessoas com obesidade são estigmatizadas em todos os espaços da sociedade e isso é inaceitável, especialmente, nos serviços de saúde.

- Equipamentos e mobiliário:
 - Cadeiras na sala de espera e atendimento com suporte para pacientes com peso superior a 150 kg, preferencialmente sem braço;
 - Balanças com capacidade superior a 150 kg;
 - Cadeiras de rodas grandes em serviços de atenção especializada e terciária;
 - Portas com abertura que permitam a passagem de cadeiras de rodas grandes;
 - Macas adequadas em serviços de atenção especializada e terciária;
 - Braçadeiras de esfigmomanômetro adequadas.

- Sistema de saúde:
 - Adequação da Central de Regulação de Ofertas e Serviços de Saúde (CROSS) – incluir a necessidade da informação “peso” do paciente no momento do cadastro para referenciamento adequado.
 - Cadastro no CROSS de hospitais que fazem cirurgia bariátrica para o referenciamento dos pacientes com $IMC \geq 50 \text{ kg/m}^2$ em emergências e necessidade de tratamento cirúrgico geral. Esses serviços hoje já possuem estrutura física e equipe de profissionais com experiência no atendimento de pacientes com obesidade grave, agilizando e otimizando o atendimento em situações críticas, como aquela citada no primeiro parágrafo deste documento.

Referências bibliográficas

1. Diabetes Prevention Program (DPP) Research Group. The Diabetes Prevention Program (DPP): description of lifestyle intervention. *Diabetes Care*. 2002 Dec;25(12):2165-71. doi: 10.2337/diacare.25.12.2165.
2. Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE et al. Diabetes Prevention Program Research Group. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Engl J Med*. 2002 Feb 7;346(6):393-403. doi: 10.1056/NEJMoa012512.
3. Look AHEAD Research Group; Wadden TA, West DS, et al. The Look AHEAD study: a description of the lifestyle intervention and the evidence supporting it. *Obesity (Silver Spring)*. 2006 May;14(5):737-52. doi: 10.1038/oby.2006.84.
4. Alamuddin N, Wadden TA. Behavioral Treatment of the Patient with Obesity. *Endocrinol Metab Clin North Am*. 2016 Sep;45(3):565-80. doi: 10.1016/j.ecl.2016.04.008.
5. Look AHEAD Research Group. Eight-year weight losses with an intensive lifestyle intervention: the look AHEAD study. *Obesity (Silver Spring)*. 2014 Jan;22(1):5-13. doi: 10.1002/oby.20662.
6. Look AHEAD Research Group; Gregg EW, Jakicic JM, et al. Association of the magnitude of weight loss and changes in physical fitness with long-term cardiovascular disease outcomes in overweight or obese people with type 2 diabetes: a post-hoc analysis of the Look AHEAD randomised clinical trial. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2016 Nov;4(11):913-921. doi: 10.1016/S2213-8587(16)30162-0.
7. Wadden TA, Webb VL, Moran CH, Bailer BA. Lifestyle modification for obesity: new developments in diet, physical activity, and behavior therapy. *Circulation*. 2012 Mar 6;125(9):1157-70. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.111.039453.
8. James WP, Astrup A, Finer N, Hilsted J, Kopelman P, Rössner S, Saris WH, Van Gaal LF. Effect of sibutramine on weight maintenance after weight loss: a randomised trial. *STORM Study Group. Sibutramine Trial of Obesity Reduction and Maintenance. Lancet*. 2000 Dec 23-30;356(9248):2119-25. doi: 10.1016/s0140-6736(00)03491-7.
9. Dedov II, Melnichenko GA, Troshina EA, Mazurina NV, Galieva MO. Body Weight Reduction Associated with the Sibutramine Treatment: Overall Results of the PRIMAVERA Primary Health Care Trial. *Obes Facts*. 2018;11(4):335-343. doi: 10.1159/000488880.

10. Pi-Sunyer X, Astrup A, Fujioka K, Greenway F, Halpern A, Krempf M, Lau DC, le Roux CW, Violante Ortiz R, Jensen CB, Wilding JP; SCALE Obesity and Prediabetes NN8022-1839 Study Group. A Randomized, Controlled Trial of 3.0 mg of Liraglutide in Weight Management. *N Engl J Med.* 2015 Jul 2;373(1):11-22. doi: 10.1056/NEJMoa1411892.
11. Mancini MC. Bariatric surgery--an update for the endocrinologist. *Arq Bras Endocrinol Metabol.* 2014 Dec;58(9):875-88. doi: 10.1590/0004-2730000003413. PMID: 25627042.

A implementação de uma linha de cuidado adequado das pessoas com obesidade é uma urgência individual e social.