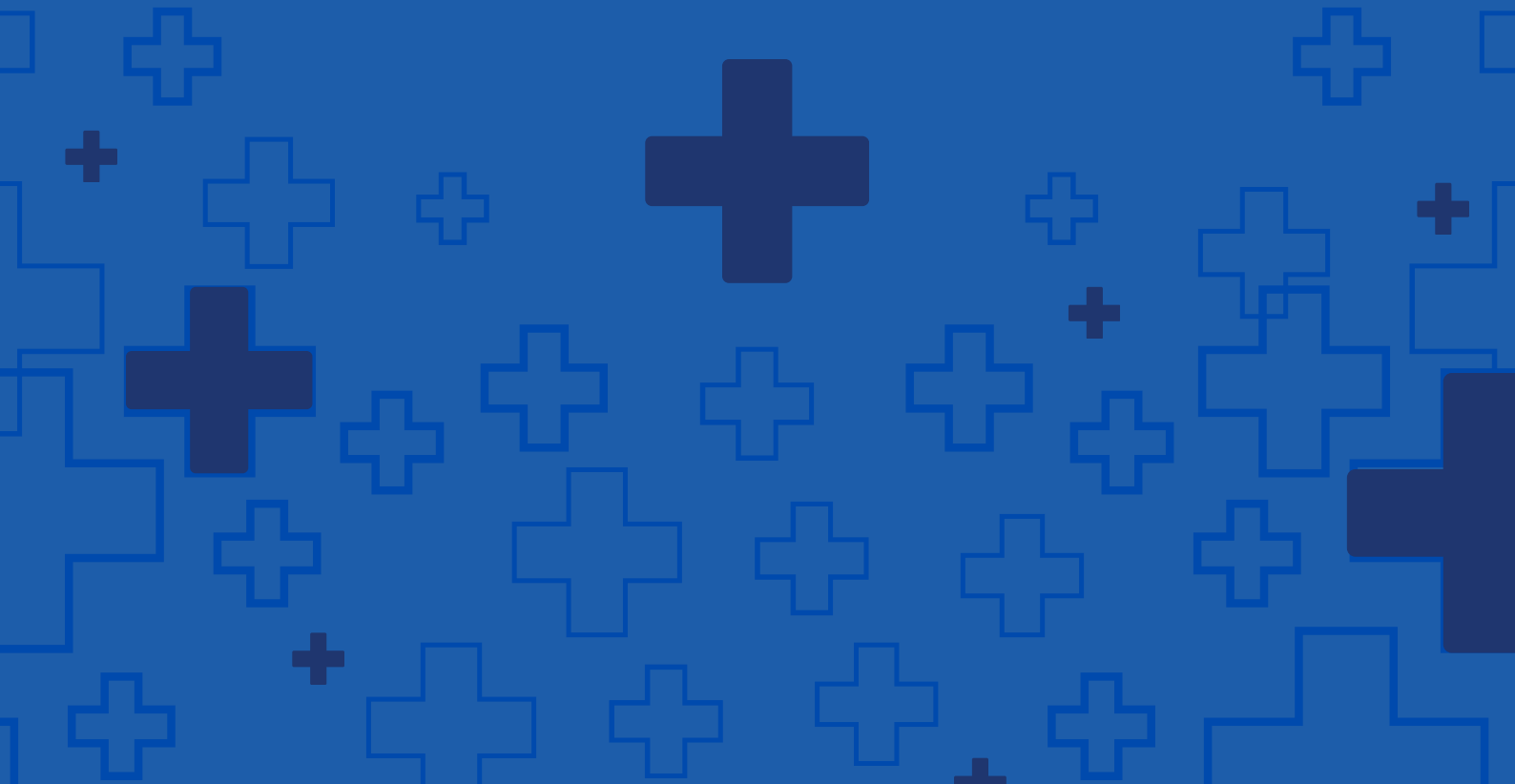




Posicionamento conjunto

da Associação Brasileira de Medicina
de Emergência (ABRAMEDE)
e da Associação Brasileira para o Estudo
da Obesidade e da Síndrome Metabólica
(Abeso) sobre o atendimento
de pacientes com obesidade
no Departamento de Emergência





Posicionamento conjunto da Associação Brasileira de Medicina de Emergência (ABRAMEDE) e da Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (Abeso) sobre o atendimento de pacientes com obesidade no Departamento de Emergência

Autores

Rafael von Hellmann¹, Simone van de Sande-Lee², Maria Edna de Melo³, Ana Carolina Nader Vasconcelos Messias⁴, Ian Ward Abdalla Maia⁵, Maria Camila Lunardi⁵, Lucas Oliveira J. e Silva⁶, Bruno Halpern⁷

Filiações

¹Departamento de Emergência, Monash Health, Melbourne, Austrália.

²Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil.

³Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.

⁴Hospital Federal dos Servidores do Estado RJ, Rio de Janeiro, Brasil.

⁵Departamento de Emergência, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.

⁶Departamento de Emergência, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.

⁷Centro de Obesidade do Hospital Nove de Julho, São Paulo, Brasil.

1. Introdução

Este documento tem como objetivo abordar as particularidades no atendimento de pacientes com obesidade no Departamento de Emergência (DE) e apresentar o posicionamento conjunto da Associação Brasileira de Medicina de Emergência (ABRAMEDE) e da Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (Abeso). A proposta é fornecer orientações para gestores e profissionais de saúde, auxiliando na adequação dos serviços às necessidades específicas desses pacientes e assegurando a capacitação adequada para um atendimento de excelência.

O manejo de pacientes com obesidade no DE requer adaptações em termos de estrutura, equipamentos e capacitação da equipe. Desde o uso de macas reforçadas até a necessidade de habilidades técnicas específicas para procedimentos como intubação e obtenção de acesso venoso, o atendimento envolve desafios únicos, especialmente em situações de emergência. A falta de preparação adequada em muitas unidades pode resultar em atrasos críticos ao tratamento, agravando condições que exigem intervenção rápida.

2. Obesidade: definição, epidemiologia e impacto na saúde

Desde a década de 1980, enquanto a desnutrição vem diminuindo, a prevalência da obesidade aumenta significativamente, em especial os casos de obesidade grave. Esse crescimento é mais acentuado entre populações com menor acesso a cuidados de saúde, como pessoas negras e de baixa renda. Dessa forma, embora todo indivíduo deva receber um tratamento adequado, é no Sistema Único de Saúde (SUS) que a maior concentração desses pacientes é observada.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a obesidade como o acúmulo anormal ou excessivo de gordura corporal que coloca a saúde em risco.¹ O diagnóstico e a classificação da obesidade são tradicionalmente baseados no índice de massa corporal (IMC), que é calculado dividindo-se o peso em quilogramas pela altura em metros ao quadrado. A **Tabela 1** apresenta a classificação do estado nutricional proposta pela *International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders* (IFSO), que expande o sistema da OMS ao incluir categorias para pacientes com IMC ≥ 40 kg/m², sem o uso de termos como "mórbido" ou "superobeso". Pacientes com IMC acima de 50 kg/m² enfrentam riscos significativamente maiores de morbidade, mortalidade e redução na qualidade de vida quando comparados àqueles com IMC entre 40 e 50 kg/m².²

A prevalência da obesidade tem aumentado de forma acelerada nas últimas décadas, tanto no Brasil quanto no mundo. Segundo a Federação Mundial de Obesidade, em 2020, 2,2 bilhões de adultos (42%) viviam com sobrepeso ou obesidade e as projeções indicam que esse número chegará a 3,3 bilhões (54%) em 2035. Em comparação com os dados de 1975, a prevalência global de obesidade mais que triplicou.³ Nas capitais brasileiras, o Vigitel Brasil 2023 revela que 61,4% da população apresenta sobrepeso, enquanto 24,3% vive com obesidade.⁴ A Pesquisa Nacional de Saúde de 2019

Tabela 1. Classificação do estado nutricional em adultos proposta pela IFSO*

IMC (Kg/m ²)	Classificação
<18,5	Baixo peso
18,5 - 24,9	Eutrofia
25 - 29,9	Sobrepeso
30 - 34,9	Obesidade classe I
35 - 39,9	Obesidade classe II
40 - 49,9	Obesidade classe III
50 - 59,9	Obesidade classe IV
≥ 60	Obesidade classe V

**International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders*

apresenta números ainda mais alarmantes: 60,3% dos adultos brasileiros têm sobrepeso e 25,9% possuem obesidade.⁵ Estima-se que a proporção de pessoas com IMC >35 kg/m² aumente de 5,7% para 9,3% entre 2019 e 2030.⁶ No SUS, de 2018 a 2023, o maior crescimento percentual ocorreu entre indivíduos com obesidade classe 3, passando de 2,9% para 4,4%, ou seja, houve um aumento de 52% nesse período.⁶ Diante desse cenário preocupante, torna-se urgente que os serviços de saúde se preparem adequadamente para atender a esse perfil crescente de pacientes.

Apesar de suas limitações, o IMC é amplamente considerado a medida mais útil para avaliar a obesidade em nível populacional. No entanto, em nível individual, ele deve ser utilizado como uma ferramenta de triagem, complementado por uma avaliação clínica mais abrangente. O acúmulo de gordura intra-abdominal está associado a um risco elevado de doenças relacionadas à obesidade, tornando a circunferência da cintura um método simples e prático para identificar pacientes com sobrepeso e maior risco de comorbidades devido à distribuição de gordura abdominal.¹ Recentemente, iniciativas internacionais têm proposto novas definições diagnósticas, com critérios mais amplos que consideram a presença de complicações ou prejuízos funcionais e psicológicos.⁷

A obesidade é uma doença crônica e multissistêmica, associada a mais de 200 comorbidades, incluindo diabetes tipo 2, hipertensão arterial, dislipidemia, doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, doença hepática gordurosa, osteoartrite, apneia do sono, infertilidade, transtornos mentais e diversos tipos de câncer.⁸ De acordo com o estudo Global Burden of Disease de 2024, estima-se que cerca de 42 milhões de mortes anuais são causadas por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), sendo que dois terços dessas mortes estão relacionadas ao sobrepeso e à obesidade, incluindo neoplasias, doenças coronarianas, acidentes vasculares cerebrais e diabetes. Além disso, o número estimado de anos de vida saudável perdidos devido às DCNTs é de 1,6 bilhões.³

3. Desafios no Departamento de Emergência

3a. Exame físico

O aumento da obesidade compromete métodos tradicionais de exame físico, como inspeção, palpação, ausculta e percussão, devido ao excesso de tecido adiposo. A formação médica, contudo, não acompanhou essa mudança, deixando estudantes e residentes despreparados para adaptar esses exames. As ilustrações em textos acadêmicos geralmente não refletem a realidade dos pacientes com obesidade e o estigma contribui para a falta de treinamento específico.⁹

Em pacientes criticamente enfermos na emergência, a obesidade pode dificultar a identificação de sinais clínicos fundamentais. Por exemplo, em pacientes inconscientes, a detecção de pulso carotídeo ou femoral é fundamental no cenário de parada cardiorrespiratória e essa simples identificação em indivíduos com obesidade grave pode atrasar a ressuscitação adequada.¹⁰ Além disso, os exames pulmonares, abdominais e ginecológicos são particularmente

desafiadores em pacientes com obesidade, exigindo técnicas e manobras específicas para maximizar a eficácia do exame físico.

Dada a alta prevalência da obesidade, é essencial que as escolas médicas reforcem a importância da adaptação do exame físico.⁵ O ensino dessas habilidades específicas deve incluir a prática com pacientes-padrão com obesidade, garantindo que os futuros profissionais estejam preparados para oferecer um atendimento adequado a essa crescente parcela da população.¹¹

O peso do paciente deve ser obtido o mais próximo possível da admissão, em local privado. Essa medida é necessária para o cálculo da dose de medicamentos e para que o cuidado do paciente com obesidade seja feito com segurança. O setor de emergência deve ter uma balança de alta capacidade (pelo menos 300 kg) que possa acomodar pacientes com obesidade.¹²

Aferição de pressão arterial

Para a medida da pressão arterial (PA), um manguito de tamanho apropriado é essencial, de modo que envolva de 75% a 100% do braço. Se o maior manguito disponível não se ajustar ao braço do paciente, um manguito de coxa (extra grande) no braço pode ser usado como alternativa. No entanto, estudos sobre a validade do uso de um manguito extragrande para medir a PA em adultos com obesidade são limitados. Caso não seja possível, a PA pode ser medida no punho. Uma meta-análise incluindo adultos com obesidade mostrou uma sensibilidade de 97% e uma especificidade de 85% para identificar hipertensão quando a PA medida na parte superior do braço foi comparada com medições intra-arteriais. Dos locais alternativos, as medidas no punho tiveram melhores sensibilidade e especificidade para diagnosticar hipertensão, em comparação com as medidas efetuadas no antebraço ou no dedo. Quando o formato do

braço é cônico, idealmente deve-se usar um manguito em forma de cone. O método auscultatório tradicional, ouvindo os sons de Korotkoff sobre a artéria radial, deve ser usado quando não for possível medir a PA sobre a artéria braquial.¹³

Oximetria de pulso

A acurácia da oximetria de pulso é capaz de ser afetada por várias condições, como hipotermia e vasoconstrição, podendo subestimar ou superestimar a saturação arterial de oxigênio. Um estudo avaliou a acurácia da oximetria de pulso em pacientes com obesidade em pré-operatório de cirurgia bariátrica, comparando os seus valores com a gasometria arterial. A oximetria de pulso superestimou os valores de saturação de oxigênio em 91% dos pacientes. A discrepância foi maior em pacientes com IMC ≥ 40 kg/m², idade ≥ 40 anos e um escore de risco de mortalidade por cirurgia de obesidade mais elevado.¹⁴

3b. Exames de imagem

No DE, a ultrassonografia à beira do leito (*point-of-care ultrasound [POCUS]*) exerce papel importante na abordagem ao paciente crítico.¹⁵ No entanto, a realização desse exame em pacientes com obesidade apresenta desafios técnicos. A hipoecogenicidade do tecido adiposo e a maior distância entre a pele e os órgãos-alvo dificultam a obtenção de imagens nítidas, tornando ainda mais desafiadora a avaliação em situações de emergência.¹⁶

Além disso, a visualização completa de determinadas áreas do corpo pode não ser possível com uma única radiografia. Exames como a radiografia de tórax, por exemplo,

podem apresentar dificuldades de interpretação devido à sobreposição de tecidos.

Dispositivos de tomografia computadorizada (TC) e ressonância magnética (RM) também possuem limitações quanto ao tamanho e ao peso suportados, o que muitas vezes requer múltiplas varreduras. Isso prolonga o tempo de exame, aumenta a exposição à radiação e eleva o risco de artefatos de movimento.¹⁷ Atualmente, não existem diretrizes claras sobre qual exame de imagem deve ser priorizado em pacientes com obesidade no DE. A escolha geralmente depende da experiência do profissional e da disponibilidade dos equipamentos.

3c. Procedimentos de emergência

Acesso vascular

Garantir o acesso venoso em emergências é uma prioridade, mas pode ser desafiador, exigindo múltiplas tentativas e aumentando o risco de trombose e infecções. As veias da fossa antecubital são preferenciais para canulação, usando um esfigmomanômetro em vez de um torniquete em pacientes com obesidade.¹⁸

Quando o acesso venoso periférico não é possível, considera-se a colocação de um acesso venoso central. No entanto, a obesidade, em função do excesso de tecido adiposo, complica a identificação dos pontos anatômicos usuais e é fator independente para dificuldade em acessos venosos.^{19 20}

Assim como em pacientes com obesidade classe III, o acesso intraósseo pode ser mais difícil.²¹ O uso de ultrassom é crucial para aumentar o sucesso na obtenção de acessos venosos, tanto periféricos quanto centrais, reduzindo o tempo e o risco de complicações. Em pacientes com obesidade, a inserção de cânulas periféricas longas deve ser a primeira opção.²²

Manejo de vias aéreas

A intubação em pacientes com obesidade no DE apresenta desafios importantes. Estudos sugerem que, embora a obesidade aumente a dificuldade da intubação, outros fatores, como a circunferência do pescoço e o escore de Mallampati, são mais preditivos de intubações difíceis.^{23 24 25 26} Além disso, apesar de a obesidade estar associada à maior dificuldade de intubação, a obesidade classe III (IMC ≥ 40) não parece estar associada a um aumento significativo de complicações em relação à obesidade classes I e II (IMC 30-39,9).²⁴

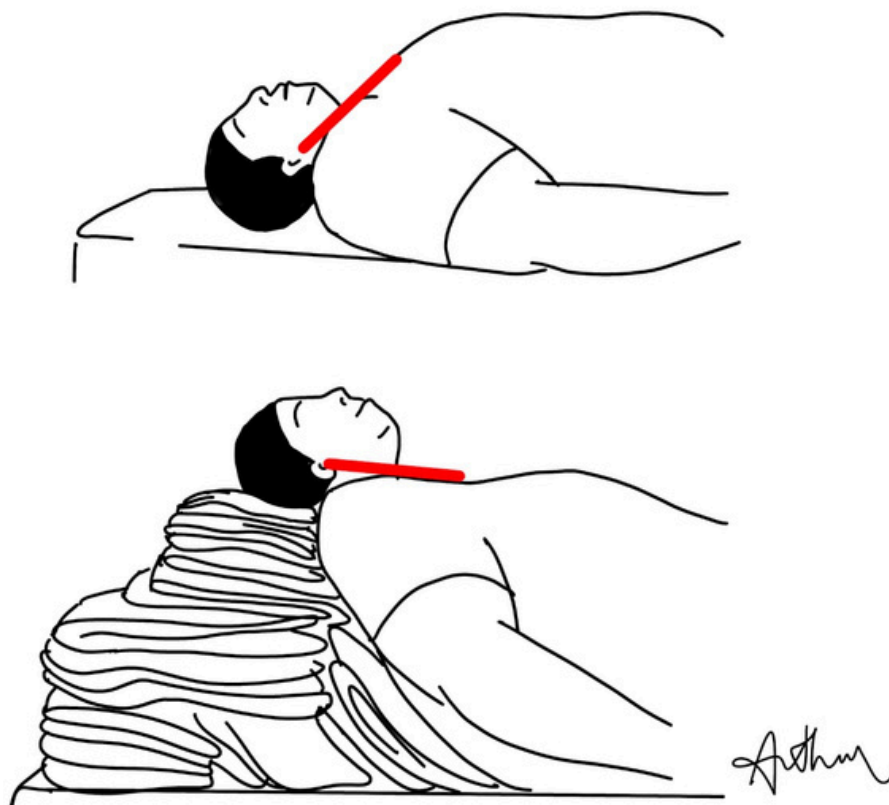
O aumento do IMC até 30 kg/m² foi significativamente associado a uma maior dificuldade na intubação, mas essa não aumentou adicionalmente com IMC mais

altos.²⁶ Yakushiji *et al.* também demonstraram que, no DE, pacientes com obesidade tiveram menor taxa de sucesso na primeira tentativa de intubação e maior risco de eventos adversos.²⁵

A posição rampada é crucial para a intubação de pacientes com obesidade, oferecendo benefícios importantes, como a melhora da visualização laríngea e a facilidade da intubação (**Figura 1**). Essa posição, alcançada elevando a cabeça, o pescoço e os ombros do paciente para alinhar o meato auditivo externo com a incisura esternal, demonstrou melhorar significativamente a visualização laríngea em comparação com a posição *sniffing* padrão. Collins *et al.* e Cattano *et al.* demonstraram melhor visibilidade laríngea e ventilação mais fácil na posição rampada.^{30 31} Além disso, essa posição aumenta a capacidade residual funcional, melhorando a pré-oxigenação e prolongando o período seguro de apneia durante a intubação, conforme relatado por Dixon *et al.*³² A American Heart Association (AHA) também recomenda o uso da posição rampada para pacientes com obesidade grave, garantindo um processo de intubação mais seguro.³³

Figura 1.

Imagem ilustrativa do posicionamento em rampa para pacientes com obesidade na intubação orotraqueal.



(Cortesia de
Dr. Arthur de Campos Soares)

A ventilação não invasiva (VNI) é eficaz para a pré-oxigenação em pacientes com obesidade, melhorando a oxigenação arterial em comparação com outros métodos convencionais. Estudos de Futier *et al.* e Delay *et al.* demonstraram que a ventilação com pressão positiva não invasiva (VPPNI) aumenta os níveis de PaO₂ e a concentração de O₂ no final da expiração de forma mais eficaz do que a respiração espontânea de 100% O₂.^{27 28} No entanto, uma análise *post-hoc* realizada por Rodriguez *et al.* não encontrou diferença significativa entre VPPNI e a cânula nasal de alto fluxo (CNAF) na ocorrência de hipoxemia grave durante a intubação, em pacientes com insuficiência respiratória aguda hipoxêmica. Isso sugere que a CNAF pode ser uma alternativa viável em certos casos.²⁹

Ressuscitação cardiopulmonar (RCP)

A eficácia da RCP depende da desfibrilação precoce e da qualidade das compressões torácicas.^{35 36} Em pacientes com obesidade, a RCP segue as mesmas diretrizes de adultos com peso normal: compressões a uma frequência de 100-120 bpm, com profundidade de 5-6 cm, em uma sequência de 30:2 de compressões e ventilações.

No entanto, o tamanho e a distribuição do tecido adiposo em pacientes com obesidade podem comprometer a eficácia das compressões. A presença de panículo adiposo na parede torácica anterior e posterior pode reduzir a eficiência das compressões.³⁷ A gordura abdominal desloca o diafragma para cima, semelhante ao que ocorre em gestantes, sugerindo que as compressões sejam realizadas na parte superior do esterno em pacientes com obesidade.³⁸ Estudos indicam que, nesses indivíduos, o ponto de diâmetro máximo do ventrículo esquerdo é mais elevado do que o local usual de compressão esternal.³⁹

A RCP em pacientes com obesidade classe ≥ III é mais cansativa para os socorristas, o que pode levar a compressões menos eficazes.⁴⁰ Por isso, é recomendado que os operadores se revezem em intervalos mais curtos do que o padrão de 2 minutos. Além disso, mover o paciente da cama para o chão não é necessário

e pode atrasar a RCP, aumentando o risco de lesões.⁴¹ O uso de dispositivos mecânicos de compressão torácica pode ser considerado, embora as dimensões corporais dos pacientes com obesidade limitem a usabilidade desses dispositivos.⁴²

Pacientes com obesidade apresentam maior impedância transtorácica devido ao tecido adiposo, mas não há evidências de que o IMC afete o sucesso da desfibrilação no primeiro choque. A desfibrilação deve iniciar com 200 J, e desfibriladores bifásicos modernos podem compensar a impedância aumentada.⁴³

Trauma

Pacientes com obesidade apresentam características fisiopatológicas específicas em traumas: lesões em membros, pelve e tórax são predominantes, enquanto traumas abdominais e cranianos ocorrem com menor frequência.⁴⁴

Em acidentes de trânsito, a obesidade protege parcialmente contra lesões abdominais, mas aumenta o risco de fraturas no anel pélvico e extremidades. Até mesmo traumas de baixa energia podem resultar em fraturas cominutivas e lesões graves de pele e tecidos moles.⁴⁵

A avaliação motora, sensorial e reflexa é desafiadora devido ao tamanho corporal, à percepção da dor comprometida e à mobilidade articular reduzida. A avaliação de toda a superfície corporal, especialmente perineal e do abdômen inferior, é essencial.⁴⁵

O transporte de pacientes com obesidade pode ser extremamente difícil, exigindo recursos especializados e equipamentos adequados, muitas vezes não disponíveis. Uma pesquisa recente enfatizou a necessidade de treinamento específico para lidar com os desafios mais comuns: extração, transporte e a falta de auxílios, como colares cervicais e pranchas espinhais adequadas.⁴⁴

A interação entre massa corporal e desfecho ainda não foi completamente explorada e as evidências na literatura são contraditórias. A obesidade tem sido associada ao aumento da mortalidade após colisões veiculares, apesar da gravidade das lesões ser comparável ou menor entre pacientes com obesidade.⁴⁶

Esses pacientes têm maior risco de complicações pós-traumáticas, incluindo embolia pulmonar, ventilação mecânica prolongada, infecções, úlceras de decúbito e falência múltipla de órgãos.^{47 48}

A ressuscitação em pacientes com obesidade é frequentemente inadequada, com maior mortalidade por choque hemorrágico persistente devido à hipovolemia relativa e à subestimação das necessidades de volume.⁴⁹

3d. Medicamentos

A dosagem de medicamentos em pacientes com obesidade é complexa, pois a maioria das recomendações foi extrapolada de pacientes sem obesidade, levando a erros. A lipofilicidade é crucial: medicamentos lipofílicos devem ser dosados pelo peso total, enquanto os hidrofílicos, pelo peso ideal ou ajustado. Em medicamentos eliminados pelos rins, a depuração de creatinina real deve ser utilizada.⁵⁰

Devido a diferenças farmacocinéticas e farmacodinâmicas, a dosagem de medicamentos em indivíduos com obesidade

deve considerar o peso corporal ideal, a massa corporal magra, o peso corporal ajustado ou o peso corporal total.^{57 58}

A dosagem inadequada de medicamentos durante a sequência rápida de intubação em pacientes com obesidade pode aumentar o desconforto e as complicações.⁵¹ Estudos indicam que esses pacientes frequentemente recebem doses insuficientes de sedativos e paralíticos, como etomidato e succinilcolina.⁵² Portanto, é essencial que emergencistas ajustem a dosagem conforme ilustrado na **Tabela 2.**^{53 54}

Tabela 2. Dosagem de medicamentos para sequência rápida de intubação em pacientes com obesidade.

Medicação	Peso de referência	Doses
Succinilcolina	Peso corporal total	1 – 1.5 mg/kg
Rocurônio	Peso corporal ideal ou peso corporal magro*	1 – 1.5 mg/kg (não ultrapassar de 250 mg)
Cetamina	Peso corporal total (obesidade classe I e II) Peso corporal ideal (classe ≥ III)	1 – 2 mg/kg
Etomidato	Peso corporal total	0.2 – 0.3 mg/kg
Propofol	Peso corporal ideal ou peso corporal magro*	1.5 – 2 mg/kg
Midazolam	Peso corporal ideal	0.1 – 0.2 mg/kg

*Peso corporal magro é calculado a partir da fórmula de Janmahasatian, S. et al.³⁴

Medicamentos cardiovasculares

Betabloqueadores, digoxina e procainamida, por serem hidrofílicos, devem ser dosados pelo peso ideal. Bloqueadores de canais de cálcio, por serem lipofílicos, devem ser dosados pelo peso total. Vasopressores, como norepinefrina, não requerem ajustes em indivíduos com obesidade.¹⁸ Doses usuais de adrenalina podem ser inadequadas e doses maiores que 1 mg aumentam a taxa de retorno à circulação espontânea, mas podem piorar os desfechos neurológicos.^{55 56}

Medicamentos antimicrobianos

A obesidade está associada a um estado pró-inflamatório que aumenta o risco de infecções nosocomiais e disfunção orgânica.^{59 60} A vigilância ativa e o uso prudente de antibióticos são essenciais para prevenir infecções multirresistentes.

A dosagem correta de antimicrobianos em pacientes com obesidade é crucial, especialmente na sepse.⁶¹ A vancomicina deve

ser dosada pelo peso total, enquanto penicilinas, cefalosporinas e carbapenêmicos, pelo limite superior das recomendações.⁶² Aminoglicosídeos devem ser dosados pelo peso ideal ou ajustado, se o peso total exceder 130% do ideal.⁶³

Medicamentos anticoagulantes

A síndrome metabólica em pacientes com obesidade induz um estado de hipercoagulabilidade, exigindo uma prevenção cuidadosa de eventos tromboembólicos.^{64 65} Dispositivos mecânicos frequentemente não se ajustam de maneira adequada e doses maiores de heparina de baixo peso molecular (HBPM) podem ser necessárias.

A HBPM é dosada a 1 mg/kg/dia, mas pode necessitar de monitoramento de anti-Xa quando há obesidade grave.⁶⁶ Se HBPM não estiver disponível, a heparina não fracionada é uma alternativa.⁶⁷ O uso de novos anticoagulantes orais diretos em pacientes com obesidade ainda carece de estudos robustos.

4. Equipamentos e infraestrutura

Os equipamentos para o atendimento de pacientes com obesidade devem ser adequados para acomodar suas dimensões e seu peso, além passar por portas e espaços onde serão utilizados. Eles devem ser etiquetados de forma que facilite a visualização e a identificação da capacidade de peso pela equipe de saúde, mas que não seja estigmatizante para o paciente. Esses equipamentos incluem: macas fixas, macas de transporte, camas, colchões para redução de pressão, andadores bariátricos (71-102 cm), cadeiras, cadeiras de rodas, vestimentas hospitalares de tamanho apropriado, elevadores mecânicos e *slings*. É fundamental que toda a equipe envolvida tenha conhecimento e competência para mobilizar e transferir com segurança pacientes com obesidade.^{12 68}

De acordo com as normas de credenciamento/habilitação do serviço de assistência de alta complexidade ao indivíduo com obesidade, definidas no Anexo II da Portaria Nº 425 do Ministério da Saúde, de 19 de março de 2013, os equipamentos devem ter capacidade

para peso maior que 230 kg. A cama hospitalar deve ser do tipo *Fowler* especial, acionável por controle eletrônico, movimento de Trendelenburg (acionável por meio de motor ou por manivela) e colchão de alta densidade.⁶⁹

Todos os espaços do hospital que serão usados por pacientes com obesidade devem ser adequados para permitir o trânsito e permanência desses indivíduos e da equipe. As portas (incluindo as dos elevadores) devem ter uma largura mínima de 122 cm. Os vasos sanitários bariátricos precisam ser montados no chão e devem ser adequados ao peso e às dimensões do paciente, assim como os assentos sanitários. O espaço ao redor do vaso sanitário deve acomodar um membro da equipe em cada lado do paciente. Pode ser usada, alternativamente, uma cadeira de banho higiênica. O tamanho do quarto e do banheiro devem ser adequados, permitindo acesso a cadeiras de rodas, com raio de giro mínimo de 180 cm. Barras de apoio devem ser instaladas.^{12 68}

5. Treinamento e educação

O conceito de obesidade como doença é relativamente novo. Sua construção envolve aspectos da evolução humana que contemplam não somente a genética e o balanço energético, como também o impacto do meio ambiente nesses fatores.⁷⁰ Apesar do conhecimento contínuo e crescente a respeito do tema, o estigma que envolve a doença atualmente é identificado em diferentes culturas, mídias e no acesso ao profissional de saúde.⁷¹

A adequação e a incorporação do tratamento da obesidade no SUS é um desafio que também precisa ser abordado para que o seguimento e o suporte contínuo da doença sejam disponíveis de maneira integral e universal.

Dos profissionais de saúde

O treinamento dos profissionais de saúde no manejo da obesidade envolve diferentes etapas. O ponto inicial do tratamento passa pelo correto diagnóstico. Recentemente, a Associação Europeia para Estudo da Obesidade (EASO) publicou um novo consenso para o diagnóstico de obesidade que leva em consideração não apenas o índice de massa corporal (IMC), já consolidado em diferentes publicações até aqui, mas a composição corporal avaliada por diferentes métodos, valorizando o acúmulo de gordura visceral como principal fator de risco para o desenvolvimento de comorbidades associadas à obesidade.⁷²

O reconhecimento de que o IMC isoladamente é insuficiente para um diagnóstico adequado soma-se ao fato da obesidade ser uma doença crônica e progressiva, sendo que sua gravidade está associada principalmente a um acúmulo de gordura visceral, mesmo com um menor IMC, levando a diferentes complicações associadas. Em se tratando de uma doença crônica, novos conceitos também são necessários para a adequada condução dos objetivos do tratamento. A Abeso publicou, em 2022, uma nova proposta para o seguimento do paciente com obesidade que leva em consideração a percentagem de peso perdida e sustentada, baseada no peso máximo do paciente alcançado ao longo da vida, criando os conceitos de 'obesidade reduzida' para aqueles com perda de entre 5 a 10% (se IMC inicial 30-40 kg/m²) ou entre 10 e 15% (se IMC

inicial 40-50 kg/m²) e de 'obesidade controlada' para os que mantêm uma perda superior a 10% (se IMC inicial 30-40 kg/m²) ou superior a 15% (se IMC inicial 40-50 kg/m²) do seu peso corporal máximo.⁷³ A nova proposta traz conceitos mais realistas e adequados para o acompanhamento desses pacientes e muda o paradigma de normalização do IMC como objetivo de tratamento.

Tratar a obesidade como uma doença crônica, progressiva e recidivante, associada a comorbidades que impactam em morbimortalidade, não é apenas uma mudança de paradigma, mas o primeiro passo para a incorporação de conceitos que visam diminuir o impacto do estigma na procura desses pacientes ao serviço de saúde.

Um levantamento digital realizado pela Abeso em 2022 sobre obesidade e gordofobia evidenciou que mais de 80% dos participantes, com IMC médio em torno de 36 kg/m², já tinham sofrido algum constrangimento relativo ao seu peso. Entre aqueles com IMC acima de 40kg/m², esse percentual passou de 98%. Um dado de extrema relevância é que mais de 60% dos participantes relataram que sofreram constrangimento no âmbito do atendimento com profissionais de saúde, evidenciando a importância do adequado treinamento para atendimento desses pacientes.⁷⁴

Uma das maneiras de combater o estigma associado a doenças é o uso da linguagem que coloca as pessoas em primeiro lugar, evitando a caracterização de um indivíduo com base em sua doença. Portanto, recomenda-se o uso de termos como "pessoa com obesidade" em vez de "obeso". Hoje, essa linguagem é adotada pelos principais periódicos científicos na área de obesidade e por organizações nacionais e internacionais.⁷⁵

O tratamento do paciente com obesidade inicia pela abordagem adequada do profissional de saúde, que necessita ser treinado não apenas para o uso de uma linguagem apropriada como para demonstrar empatia na consulta, oferecendo suporte emocional e orientações positivas a respeito de possíveis intervenções e expectativas do tratamento. A consulta adequada, além da abordagem direta do profissional, deve ser realizada em ambientes com todo o aparato necessário, adaptado para acolher e examinar pacientes com obesidade.⁷¹

Dos pacientes

A conscientização sobre a cronicidade e a progressão da obesidade é fundamental para a educação sobre o controle e a manutenção de peso em longo prazo. O levantamento da Abeso evidenciou que até 93% dos pacientes já tinham feito alguma tentativa prévia de perda de peso. A maioria buscou assistência no setor privado, mas um terço desses pacientes já

havia tentado perder peso por conta própria.⁷⁶ Conceitos como o de obesidade reduzida e controlada são muito importantes para que as expectativas entre a equipe de saúde e o desejo do paciente possam ser alinhados dentro de uma perspectiva de melhora de saúde e redução de morbimortalidade a longo prazo, que sejam compatíveis com os tratamentos disponíveis.⁷³

6. Recomendações de políticas públicas

Políticas institucionais para apoiar o cuidado de pacientes com obesidade

- Incorporar treinamento específico sobre obesidade e suas comorbidades nos currículos dos programas de residência em Medicina de Emergência.
- Assegurar o cumprimento das diretrizes estabelecidas no Anexo II da Portaria N° 425 do Ministério da Saúde, que prevê o atendimento de urgência 24 horas para pacientes com comorbidades associadas à obesidade, ajustando suas estruturas e processos internos para garantir que esses pacientes recebam cuidados adequados, em conformidade com os princípios de equidade do SUS.
- Incluir o peso do paciente nas informações de serviço de referenciamento para o encaminhamento dos pacientes com peso acima de 150 kg para serviços devidamente capacitados e estruturados para o atendimento.

- Estabelecer protocolos clínicos padronizados para o cuidado de pacientes com obesidade grave em situações de emergência, abordando tanto as adaptações físicas quanto o suporte psicológico necessário.
- Combater o estigma da obesidade (gordofobia) por meio de campanhas institucionais de conscientização e educação, a fim de reduzir o preconceito e garantir um atendimento correto e humanizado.

Design do departamento de emergência e alocação de recursos

- Adequar a infraestrutura dos DEs com a disponibilidade de equipamentos bariátricos, como macas, cadeiras de rodas (Figura 2), tomógrafos, e camas (Figura 3), capazes de suportar pacientes com obesidade grave.

Figura 2. Modelos de cadeiras de rodas para pacientes com obesidade.



Figura 3. Modelo de cama hospitalar para pacientes com obesidade.



Cortesia: Enfermaria da Unidade de Cirurgia Bariátrica da Disciplina de Cirurgia do Aparelho Digestivo do HCFMUSP.

- Redefinir espaços físicos nos DEs para garantir acessibilidade e segurança no atendimento de pacientes com obesidade, incluindo larguras adequadas de portas (**Figura 4**), reforço estrutural de pisos e áreas de movimentação.
- Investir em dispositivos de monitoramento e avaliação projetados para pacientes com obesidade, como manguitos de pressão arterial de tamanho adequado (**Figura 5**), cânulas venosas longas e balanças de alta capacidade.

Figura 4.

Porta com extensão de abertura para passagem de maca e/ou cadeira de rodas de maior largura.



Cortesia: Ambulatório do Serviço de Cirurgia do Aparelho Digestivo HFSERJ.

Financiamento de pesquisas e mudanças políticas públicas

- Promover o financiamento de pesquisas que explorem as melhores práticas para o cuidado de pacientes com obesidade no ambiente de emergência, abordando desde as especificidades técnicas até o impacto do estigma no atendimento.
- Apoiar políticas públicas que incentivem a criação de centros especializados no tratamento de pacientes com obesidade, incluindo programas de manejo interdisciplinar e prevenção de comorbidades associadas.
- Incentivar o desenvolvimento de novas diretrizes baseadas em evidências científicas que tragam soluções práticas para a adequação dos sistemas de saúde ao crescimento da população com obesidade, com foco em melhorar os desfechos clínicos.
- Defender políticas de financiamento contínuo para a capacitação de profissionais de saúde no manejo de obesidade, além da aquisição de equipamentos adequados e a ampliação do acesso aos cuidados especializados no SUS.

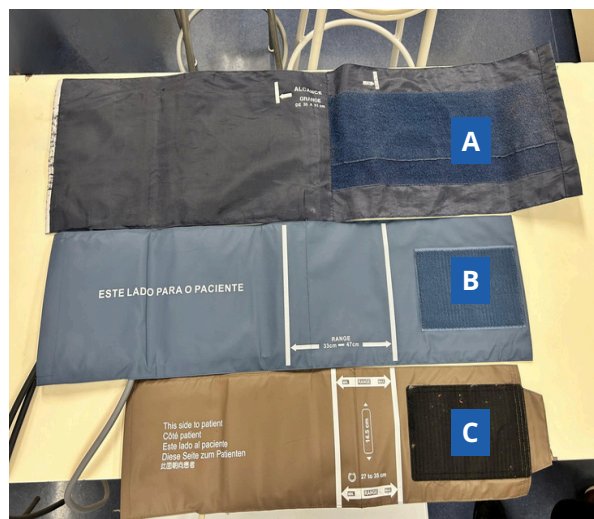
Figura 5.

Manguitos para esfigmomanômetros de diferentes tamanhos.

A. Adulto extragrande/coxa (35-51 cm).

B. Adulto grande (33-47 cm).

C. Adulto (27-35 cm).



Cortesia: Ambulatório do Serviço de Endocrinologia do HCFMUSP.

7. Conclusão

Diante do crescente aumento da obesidade e de suas comorbidades, é imperativo que os serviços de saúde, especialmente os DEs, se adaptem para atender adequadamente essa população. Isso envolve não apenas infraestrutura e equipamentos apropriados, mas também capacitação contínua dos profissionais de saúde para oferecer um atendimento humanizado e

livre de estigmas. A implementação de políticas públicas que promovam a educação, a conscientização e o combate à gordofobia, juntamente com a criação de centros especializados, será crucial para melhorar os desfechos clínicos e garantir que todos os pacientes com obesidade recebam o cuidado digno e eficaz de que necessitam.



REFERÊNCIAS

1. Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. Report of a WHO Consultation.; 2000:i-xii, 1-253.
2. Stumpf MAM, Mancini MC. Challenges in the care and treatment of patients with extreme obesity. *Arch Endocrinol Metab.* 2024;68.
3. World Obesity Federation. World Obesity Atlas 2024. Published online 2024. <https://data.worldobesity.org/publications/?cat=22>
4. Vigitel Brasil 2023: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Ministério da Saúde. Published online July 31, 2024.
5. Pesquisa nacional de saúde: Atenção primária à saúde e informações antropométricas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. IBGE. Published online December 15, 2021.
6. Estivaleti JM, Guzman-Habinger J, Lobos J, et al. Time trends and projected obesity epidemic in Brazilian adults between 2006 and 2030. *Sci Rep.* 2022;12(1):12699. doi:10.1038/s41598-022-16934-5
7. Rubino F, Batterham RL, Koch M, et al. Lancet Diabetes & Endocrinology Commission on the Definition and Diagnosis of Clinical Obesity. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2023;11(4):226-228. doi:10.1016/S2213-8587(23)00058-X
8. Sarma S, Sockalingam S, Dash S. Obesity as a multisystem disease: Trends in obesity rates and obesity-related complications. *Diabetes Obes Metab.* 2021;23 Suppl 1:3-16. doi:10.1111/dom.14290
9. Cooke M. Cost consciousness in patient care--what is medical education's responsibility? *N Engl J Med.* 2010;362(14):1253-1255. doi:10.1056/NEJMp0911502
10. Silk AW, McTigue KM. Reexamining the physical examination for obese patients. *JAMA.* 2011;305(2):193-194. doi:10.1001/jama.2010.1950
11. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde. Published online January 9, 2023.
12. Guidelines for the Care of Hospitalized Patients with Bariatric Care Needs. Diabetes, Obesity and Nutrition Strategic Clinical Network Alberta Health Services, Bariatric Care and Rehabilitation Research Group, Faculty of Rehabilitation Medicine, University of Alberta and Obesity Canada. 2022.
13. Muntner P, Shimbo D, Carey RM, et al. Measurement of Blood Pressure in Humans: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Hypertens Dallas Tex* 1979. 2019;73(5):e35-e66. doi:10.1161/HYP.0000000000000087
14. Xiong Y, Pan G, Huang W, et al. Accuracy of Oxygen Saturation Measurements in Patients with Obesity Undergoing Bariatric Surgery. *Obes Surg.* 2022;32(11):3581-3588. doi:10.1007/s11695-022-06221-7
15. Ultrasound Guidelines: Emergency, Point-of-Care and Clinical Ultrasound Guidelines in Medicine. *Ann Emerg Med.* 2017;69(5):e27-e54. doi:10.1016/j.annemergmed.2016.08.457
16. Modica MJ, Kanal KM, Gunn ML. The obese emergency patient: imaging challenges and solutions. *Radiogr Rev Publ Radiol Soc N Am Inc.* 2011;31(3):811-823. doi:10.1148/rg.313105138
17. Uppot RN. Technical challenges of imaging & image-guided interventions in obese patients. *Br J Radiol.* 2018;91(1089):20170931. doi:10.1259/bjr.20170931
18. Di Giacinto I, Guarnera M, Esposito C, et al. Emergencies in obese patients: a narrative review. *J Anesth Analg Crit Care.* 2021;1(1):13. doi:10.1186/s44158-021-00019-2
19. Rupp SM, Apfelbaum JL, Blitt C, et al. Practice guidelines for central venous access: a report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Central Venous Access. *Anesthesiology.* 2012;116(3):539-573. doi:10.1097/ALN.0b013e31823c9569
20. Sebbane M, Claret PG, Lefebvre S, et al. Predicting peripheral venous access difficulty in the emergency department using body mass index and a clinical evaluation of venous accessibility. *J Emerg Med.* 2013;44(2):299-305. doi:10.1016/j.jemermed.2012.07.051
21. Kehrl T, Becker BA, Simmons DE, Broderick EK, Jones RA. Intraosseous access in the obese patient: assessing the need for extended needle length. *Am J Emerg Med.* 2016;34(9):1831-1834. doi:10.1016/j.ajem.2016.06.055
22. Brandt HGS, Jepsen CH, Hendriksen OM, Lindekær A, Skjønnemand M. The use of ultrasound to identify veins for peripheral venous access in morbidly obese patients. *Dan Med J.* 2016;63(2):A5191.
23. Brodsky JB, Lemmens HJM, Brock-Utne JG, Vierra M, Saidman LJ. Morbid obesity and tracheal intubation. *Anesth Analg.* 2002;94(3):732-736; table of contents. doi:10.1097/00000539-200203000-00047
24. Dargin JM, Emler LL, Guyette FX. The effect of body mass index on intubation success rates and complications during emergency airway management. *Intern Emerg Med.* 2013;8(1):75-82. doi:10.1007/s11739-012-0874-x

REFERÊNCIAS

25. Yakushiji H, Goto T, Shirasaka W, et al. Associations of obesity with tracheal intubation success on first attempt and adverse events in the emergency department: An analysis of the multicenter prospective observational study in Japan. *PLOS ONE*. 2018;13(4):e0195938. doi:10.1371/journal.pone.0195938
26. Saasouh W, Laffey K, Turan A, et al. Degree of obesity is not associated with more than one intubation attempt: a large centre experience. *Br J Anaesth*. 2018;120(5):1110-1116. doi:10.1016/j.bja.2018.01.019
27. Futier E, Constantin JM, Pelosi P, et al. Noninvasive ventilation and alveolar recruitment maneuver improve respiratory function during and after intubation of morbidly obese patients: a randomized controlled study. *Anesthesiology*. 2011;114(6):1354-1363. doi:10.1097/ALN.0b013e31821811ba
28. Delay JM, Sebbane M, Jung B, et al. The effectiveness of noninvasive positive pressure ventilation to enhance preoxygenation in morbidly obese patients: a randomized controlled study. *Anesth Analg*. 2008;107(5):1707-1713. doi:10.1213/ane.0b013e318183909b
29. Rodriguez M, Ragot S, Coudroy R, et al. Noninvasive ventilation vs. high-flow nasal cannula oxygen for preoxygenation before intubation in patients with obesity: a post hoc analysis of a randomized controlled trial. *Ann Intensive Care*. 2021;11(1):114. doi:10.1186/s13613-021-00892-8
30. Collins JS, Lemmens HJM, Brodsky JB, Brock-Utne JG, Levitan RM. Laryngoscopy and morbid obesity: a comparison of the "sniff" and "ramped" positions. *Obes Surg*. 2004;14(9):1171-1175. doi:10.1381/0960892042386869
31. Cattano D, Melnikov V, Khalil Y, Sridhar S, Hagberg CA. An evaluation of the rapid airway management positioner in obese patients undergoing gastric bypass or laparoscopic gastric banding surgery. *Obes Surg*. 2010;20(10):1436-1441. doi:10.1007/s11695-009-9885-8
32. Dixon BJ, Dixon JB, Carden JR, et al. Preoxygenation is more effective in the 25 degrees head-up position than in the supine position in severely obese patients: a randomized controlled study. *Anesthesiology*. 2005;102(6):1110-1115; discussion 5A. doi:10.1097/00000542-200506000-00009
33. Poirier P, Alpert MA, Fleisher LA, et al. Cardiovascular evaluation and management of severely obese patients undergoing surgery: a science advisory from the American Heart Association. *Circulation*. 2009;120(1):86-95. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.109.192575
34. Janmahasatian S, Duffull SB, Ash S, Ward LC, Byrne NM, Green B. Quantification of lean bodyweight. *Clin Pharmacokinet*. 2005;44(10):1051-1065. doi:10.2165/00003088-200544100-00004
35. Truhlář A, Deakin CD, Soar J, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015: Section 4. Cardiac arrest in special circumstances. *Resuscitation*. 2015;95:148-201. doi:10.1016/j.resuscitation.2015.07.017
36. Vanden Hoek TL, Morrison LJ, Shuster M, et al. Part 12: cardiac arrest in special situations: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*. 2010;122(18 Suppl 3):S829-861. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.110.971069
37. Secombe P, Sutherland R, Johnson R. Body mass index and thoracic subcutaneous adipose tissue depth: possible implications for adequacy of chest compressions. *BMC Res Notes*. 2017;10(1):575. doi:10.1186/s13104-017-2918-9
38. Hans FP, Hoeren CJM, Kellmeyer P, Hohloch L, Busch HJ, Bayer J. Possibly preventable cardiac arrest in a morbidly obese patient - a comment on the 2015 ERC guidelines. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2016;24(1):116. doi:10.1186/s13049-016-0306-4
39. Lee J, Oh J, Lim TH, et al. Comparison of optimal point on the sternum for chest compression between obese and normal weight individuals with respect to body mass index, using computer tomography: A retrospective study. *Resuscitation*. 2018;128:1-5. doi:10.1016/j.resuscitation.2018.04.023
40. Lavie CJ, Alpert MA, Arena R, Mehra MR, Milani RV, Ventura HO. Impact of obesity and the obesity paradox on prevalence and prognosis in heart failure. *JACC Heart Fail*. 2013;1(2):93-102. doi:10.1016/j.jchf.2013.01.006
41. Nishisaki A, Maltese MR, Niles DE, et al. Backboards are important when chest compressions are provided on a soft mattress. *Resuscitation*. 2012;83(8):1013-1020. doi:10.1016/j.resuscitation.2012.01.016
42. Secombe PJ, Sutherland R, Johnson R. Morbid obesity impairs adequacy of thoracic compressions in a simulation-based model. *Anaesth Intensive Care*. 2018;46(2):171-177. doi:10.1177/0310057X1804600205
43. Cimpoesu D, Corlade-Andrei M, Popa TO, et al. Cardiac Arrest in Special Circumstances-Recent Advances in Resuscitation. *Am J Ther*. 2019;26(2):e276-e283. doi:10.1097/MJT.0000000000000927
44. Gray S, Dieudonne B. Optimizing Care for Trauma Patients with Obesity. *Cureus*. 2018;10(7):e3021. doi:10.7759/cureus.3021
45. Stroud T, Bagnall NM, Pucher PH. Effect of obesity on patterns and mechanisms of injury: Systematic review and meta analysis. *Int J Surg Lond Engl*. 2018;56:148-154. doi:10.1016/j.ijsu.2018.05.004

REFERÊNCIAS

46. Osborne Z, Rowitz B, Moore H, et al. Obesity in trauma: outcomes and disposition trends. *Am J Surg*. 2014;207(3):387-392; discussion 391-392. doi:10.1016/j.amjsurg.2013.10.013
47. Rock K, Hayward RD, Edhayan E. Obesity and hospital outcomes following traumatic injury: Associations in 9 years of patient data from a single metropolitan area. *Clin Obes*. 2019;9(2):e12293. doi:10.1111/cob.12293
48. Glance LG, Li Y, Osler TM, Mukamel DB, Dick AW. Impact of Obesity on Mortality and Complications in Trauma Patients. *Ann Surg*. 2014;259(3). https://journals.lww.com/annalsofsurgery/fulltext/2014/03000/impact_of_obesity_on_mortality_and_complications.24.aspx
49. Belzberg H, Wo CCJ, Demetriades D, Shoemaker WC. Effects of age and obesity on hemodynamics, tissue oxygenation, and outcome after trauma. *J Trauma*. 2007;62(5):1192-1200. doi:10.1097/01.ta.0000219701.07295.b8
50. Barras M, Legg A. Drug dosing in obese adults. *Aust Prescr*. 2017;40(5):189-193. doi:10.18773/austprescr.2017.053
51. Parker BK, Manning S, Winters ME. The Crashing Obese Patient. *West J Emerg Med*. 2019;20(2):323-330. doi:10.5811/westjem.2018.12.41085
52. Bhat R, Mazer-Amirshahi M, Sun C, et al. Accuracy of rapid sequence intubation medication dosing in obese patients intubated in the ED. *Am J Emerg Med*. 2016;34(12):2423-2425. doi:10.1016/j.ajem.2016.09.056
53. McGillicuddy DC, de La Pena J, Goudie JS, Fisher J, Shapiro N, Sanchez LD. Adherence to dose of succinylcholine and etomidate in the emergency department. *West J Emerg Med*. 2010;11(5):432-434.
54. Dargin J, Medzon R. Emergency department management of the airway in obese adults. *Ann Emerg Med*. 2010;56(2):95-104. doi:10.1016/j.annemergmed.2010.03.011
55. Wang CH, Huang CH, Chang WT, et al. The influences of adrenaline dosing frequency and dosage on outcomes of adult in-hospital cardiac arrest: A retrospective cohort study. *Resuscitation*. 2016;103:125-130. doi:10.1016/j.resuscitation.2015.12.008
56. Gough CJR, Nolan JP. The role of adrenaline in cardiopulmonary resuscitation. *Crit Care Lond Engl*. 2018;22(1):139. doi:10.1186/s13054-018-2058-1
57. Brunette DD. Resuscitation of the morbidly obese patient. *Am J Emerg Med*. 2004;22(1):40-47. doi:10.1016/s0735-6757(02)42250-4
58. Smit C, De Hoogd S, Brüggemann RJM, Knibbe CAJ. Obesity and drug pharmacology: a review of the influence of obesity on pharmacokinetic and pharmacodynamic parameters. *Expert Opin Drug Metab Toxicol*. 2018;14(3):275-285. doi:10.1080/17425255.2018.1440287
59. Ellulu MS, Patimah I, Khaza'ai H, Rahmat A, Abed Y. Obesity and inflammation: the linking mechanism and the complications. *Arch Med Sci AMS*. 2017;13(4):851-863. doi:10.5114/aoms.2016.58928
60. Hildebrandt X, Ibrahim M, Peltzer N. Cell death and inflammation during obesity: "Know my methods, WAT(son)." *Cell Death Differ*. 2023;30(2):279-292. doi:10.1038/s41418-022-01062-4
61. Gorham J, Taccone FS, Hites M. Therapeutic Drug Monitoring of Antimicrobials in Critically Ill Obese Patients. *Antibiot Basel Switz*. 2023;12(7). doi:10.3390/antibiotics12071099
62. Meng L, Mui E, Ha DR, Stave C, Deresinski SC, Holubar M. Comprehensive guidance for antibiotic dosing in obese adults: 2022 update. *Pharmacotherapy*. 2023;43(3):226-246. doi:10.1002/phar.2769
63. Velissaris D, Karamouzou V, Marangos M, Pierrakos C, Karanikolas M. Pharmacokinetic changes and dosing modification of aminoglycosides in critically ill obese patients: a literature review. *J Clin Med Res*. 2014;6(4):227-233. doi:10.14740/jocmr1858w
64. Nieuwdorp M, Stroes ESG, Meijers JCM, Büller H. Hypercoagulability in the metabolic syndrome. *Curr Opin Pharmacol*. 2005;5(2):155-159. doi:10.1016/j.coph.2004.10.003
65. Stein PD, Beemath A, Olson RE. Obesity as a risk factor in venous thromboembolism. *Am J Med*. 2005;118(9):978-980. doi:10.1016/j.amjmed.2005.03.012
66. Patel JP, Roberts LN, Arya R. Anticoagulating obese patients in the modern era. *Br J Haematol*. 2011;155(2):137-149. doi:10.1111/j.1365-2141.2011.08826.x
67. Merli G, Spiro TE, Olsson CG, et al. Subcutaneous enoxaparin once or twice daily compared with intravenous unfractionated heparin for treatment of venous thromboembolic disease. *Ann Intern Med*. 2001;134(3):191-202. doi:10.7326/0003-4819-134-3-200102060-00009
68. Whittemore AD, Kelly J, Shikora S, et al. Specialized staff and equipment for weight loss surgery patients: best practice guidelines. *Obes Res*. 2005;13(2):283-289. doi:10.1038/oby.2005.38
69. Ministério Da Saúde, PORTARIA No 425, DE 19 DE MARÇO DE 2013, Anexo 2.

REFERÊNCIAS

70. Speakman JR, O'Rahilly S. Fat: an evolving issue. *Dis Model Mech*. 2012;5(5):569-573. doi:10.1242/dmm.010553
71. Albury C, Strain WD, Brocq SL, Logue J, Lloyd C, Tahrani A. The importance of language in engagement between health-care professionals and people living with obesity: a joint consensus statement. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2020;8(5):447-455. doi:10.1016/S2213-8587(20)30102-9
72. Busetto L, Dicker D, Frühbeck G, et al. A new framework for the diagnosis, staging and management of obesity in adults. *Nat Med*. 2024;30(9):2395-2399. doi:10.1038/s41591-024-03095-3
73. Halpern B, Mancini MC, de Melo ME, et al. Proposal of an obesity classification based on weight history: an official document by the Brazilian Society of Endocrinology and Metabolism (SBEM) and the Brazilian Society for the Study of Obesity and Metabolic Syndrome (ABESO). *Arch Endocrinol Metab*. 2022;66(2):139-151. doi:10.20945/2359-3997000000465
74. Cintia Cercato, Maria Edna de Melo. Manifesto Obesidade: Juntos, para cuidar de todas as formas. <https://abeso.org.br/manifesto-obesidade-cuidar-de-todas-as-formas/>
75. People-First Language for Obesity. Obesity Coalition. <https://www.obesityaction.org/action-through-advocacy/weight-bias/people-first-language/>. Accessed September 19, 2024. <https://www.obesityaction.org/action-through-advocacy/weight-bias/people-first-language/>
76. Obesidade e a gordofobia: Percepções 2022. ABESO e SBEM. <https://abeso.org.br/pesquisa-gordofobia/>. <https://abeso.org.br/pesquisa-gordofobia/>

