

ESTRATÉGIAS DE CUIDADO NO ATENDIMENTO DE PESSOAS COM OBESIDADE EM SERVIÇOS DE SAÚDE

Joyce Sousa Aquino Brito¹, Diana Stefany Cardoso de Araújo¹, Mickael de Paiva Sousa¹
Thayanne Gabryelle Visgueira de Sousa¹, Luísa Helena de Oliveira Lima²
Ana Larissa Gomes Machado²

RESUMO

Introdução: A obesidade é uma doença crônica, de caráter multifatorial, consequente do desequilíbrio entre o consumo e gasto energético. Diante disso, para o seu tratamento é necessário um atendimento multidisciplinar, por meio de programas e estratégias de intervenção que considerem as variadas causas que influenciam o surgimento da doença. **Objetivo:** Analisar na literatura científica as estratégias de cuidado para o atendimento de pessoas com obesidade em serviços de saúde. **Materiais e Métodos:** Revisão integrativa realizada em novembro de 2021 com base na consulta às bases de dados: PubMed/Medline, LILACS/IBECs, Web of Science e SciELO. A análise foi realizada com 7 artigos. **Resultados:** Em relação à caracterização da população participante dos estudos, esta englobou prestadores de cuidados primários, representantes clínicos de serviços especializados em obesidade, membros da equipe multidisciplinar de serviços de saúde, membros de organizações de defesa da saúde e pacientes com obesidade. As estratégias de cuidado citadas nos estudos foram (1) Encaminhamento para um nutricionista, (2) Farmacoterapia, (3) Cirurgia bariátrica, (4) Grupos de apoio, (5) Programas de educação, (6) Desenvolvimento de habilidades e (7) Aumento do acesso a alimentos saudáveis. **Conclusão:** Pode-se concluir que no tratamento da obesidade deve-se priorizar a interação multidisciplinar frequente e intensiva. Contudo, também é necessário adequar o cuidado para aqueles pacientes que não respondem de maneira suficiente à intervenção no estilo de vida de forma isolada.

Palavras-chave: Obesidade. Cuidados primários em saúde. Saúde pública.

1 - Mestrando(a) em Alimentos e Nutrição, Universidade Federal do Piauí, Teresina, Piauí, Brasil.

ABSTRACT

Care strategies in the care of people with obesity in health services

Introduction: Obesity is a chronic disease with a multifactorial character, resulting from the imbalance between energy consumption and expenditure. Therefore, for its treatment, a multidisciplinary care is necessary, through programs and intervention strategies that consider the various causes that influence the onset of the disease. **Objective:** To analyze in the scientific literature the care strategies for the care of people with obesity in health services. **Materials and Methods:** Integrative review carried out in November 2021 based on consultation of the following databases: PubMed/Medline, LILACS/IBECs, Web of Science and SciELO. The analysis was performed with 7 articles. **Results:** Regarding the characterization of the population participating in the studies, this included primary care providers, clinical representatives of specialized services in obesity, members of the multidisciplinary team of health services, members of health advocacy organizations and patients with obesity. The care strategies cited in the studies were (1) Referral to a nutritionist, (2) Pharmacotherapy, (3) Bariatric surgery, (4) Support groups, (5) Education programs, (6) Skill development, and (7) Increased access to healthy foods. **Conclusion:** It can be concluded that in the treatment of obesity, frequent and intensive multidisciplinary interaction should be prioritized. However, it is also necessary to adapt care for those patients who do not respond sufficiently to lifestyle intervention in isolation.

Key words: Obesity. Primary health care. Public health.

2 - Professora Doutora, Docente do Programa de Pós-graduação em Ciências e Saúde, Universidade Federal do Piauí, Teresina, Piauí, Brasil.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde conceitua obesidade como uma doença crônica, de caráter multifatorial, consequente do desequilíbrio entre o consumo e gasto energético (WHO, 2021).

É considerada um problema de saúde pública devido sua elevada prevalência e apresenta-se como fator de risco para outras doenças, a exemplo do diabetes, doença cardiovascular e câncer (Ramos-Lopez e colaboradores, 2017; Souza e colaboradores, 2019).

Estudos epidemiológicos têm apontado aumento da prevalência dessa doença ao longo dos anos (Afshin e colaboradores, 2017; Blüher, 2019).

No Brasil, dados preliminares da última edição da Pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) destacou que 21,5% dos entrevistados são obesos, apresentando aumento de 13,5% desde os últimos dados coletados no ano de 2006 (Brasil, 2021).

Nesse sentido, é importante ressaltar que o consumo de alimentos de maior densidade calórica e baixo valor nutritivo prevalece na decisão de consumo das famílias.

Esse comportamento desfavorável do padrão alimentar contribui para o aumento da prevalência de excesso de peso e da obesidade, como também de doenças crônicas associadas a dietas com alta densidade energética (IBGE, 2020; Brasil, 2021).

Além disso, entre outros fatores ambientais associados ao atual comportamento alimentar da população, destaca-se a industrialização - principalmente na produção de alimentos -, tecnologias de transporte, influência da televisão e o uso do computador nas horas de lazer.

Todos esses fatores também contribuem para o sedentarismo, o qual favorece o balanço energético positivo prolongado e consequentemente o ganho de peso (Al-Hazzaa, Albawardi, 2019; Benaich e colaboradores, 2021; Biddle e colaboradores, 2017).

Diante disso, o cenário atual do Brasil e do mundo, implica na necessidade de se estabelecer políticas de promoção, prevenção e recuperação da saúde da população por meio de estratégias envolvendo o atendimento da população com obesidade.

Para tanto, é necessário um atendimento multidisciplinar, exigindo um trabalho integral (Almeida e colaboradores, 2017).

Sobre esse aspecto, destaca-se a importância da gestão dos serviços de saúde na prevenção e no controle desta doença, sendo necessário o conhecimento de programas e estratégias de intervenção, bem como serviços e ações para um atendimento apropriado, considerando as variadas causas que influenciam o surgimento da doença (Pearce e colaboradores, 2019; Zheng, Cretikos, 2019).

Portanto, diante da complexidade da etiopatogenia da obesidade e a sua elevada prevalência global, estabeleceu-se como objetivo analisar na literatura científica as estratégias de cuidado para o atendimento de pessoas com obesidade em serviços de saúde.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, seguindo o procedimento preconizado de seis etapas: identificação do tema e seleção da hipótese, estabelecimento da estratégia de pesquisa, definição e coleta de dados, análise dos dados coletados, interpretação e apresentação dos resultados (Souza, Silva, Carvalho, 2010; Whitemore, Knaf, 2005).

A revisão do processo baseou-se nas recomendações do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) (Page e colaboradores, 2021).

Para iniciar a revisão foi desenvolvida a pergunta norteadora "Quais as estratégias de cuidado são utilizadas para o atendimento de pessoas com obesidade em serviços de saúde?". Essa pergunta foi elaborada com base na estratégia PICO (População = adultos e idosos; Exposição = obesidade; Comparação = grupo saudável ou sem obesidade; Desfecho = cuidado de pessoas com obesidade em serviços de saúde).

Os critérios de inclusão foram: (1) estudos de pesquisa originais; (2) estudos envolvendo pessoas com obesidade; (3) estudos com pessoas atendidas em serviços de saúde; (4) estudos com texto completo disponível online.

Foram excluídos os estudos: (1) não relacionados ao tema; (2) de revisão de literatura; (3) capítulos de livro e (4) estudos incompletos.

A busca dos artigos foi realizada nas bases de dados PubMed/Medline, LILACS/IBECs, Web of Science e SciELO, entre os dias 05 e 11 de novembro de 2021. Os descritores utilizados na pesquisa em todas as bases de dados foram: "Obesity" AND "Health Services Accessibility" AND "Health Care". O levantamento bibliográfico ocorreu sem restrição de ano de publicação e idioma.

Quanto ao delineamento dos estudos escolhidos, foram considerados elegíveis os estudos observacionais de coorte e transversais, que descreviam estratégias de cuidado para o atendimento de pessoas com obesidade em serviços de saúde.

Os resultados da busca eletrônica foram transportados para o software EndNote Web, por meio do qual as referências duplicadas foram excluídas automaticamente. Os estudos foram selecionados por dois revisores de maneira independente, cega e simultânea, sendo que ao final, as pesquisas realizadas por esses autores foram comparadas e a equivalência verificada na busca e seleção dos artigos.

Inicialmente, os artigos encontrados foram analisados quanto ao título, a fim de excluir trabalhos que claramente se distanciam do objetivo desta revisão.

Em seguida, os resumos foram verificados para avaliar objetivos, metodologia

empregada e os principais resultados. A partir disso, os artigos remanescentes foram lidos minuciosamente para extração de dados.

A extração dos dados obtidos foi realizada levando em consideração as informações de autoria, ano de publicação do estudo, local do estudo, objetivo da pesquisa, idade, sexo, índice de massa corporal (IMC), serviços de saúde envolvidos, bem como, os principais desfechos encontrados referentes à temática deste estudo de revisão.

Estes dados foram organizados em planilhas do Microsoft Excel e se encontram expostos em forma de tabelas. Um fluxograma foi incluído para demonstrar quantas publicações foram identificadas e selecionadas para elegibilidade e quantas publicações foram excluídas e os motivos da exclusão (Figura 1).

A pesquisa nas bases de dados recuperou um total de 494 referências. Foram avaliados os títulos e resumos dos periódicos, resultando na exclusão de 472 estudos e seleção de 22 artigos, que foram lidos na íntegra para verificar se atendiam aos critérios de inclusão desta revisão. A avaliação da elegibilidade resultou na exclusão de 15 artigos.

Assim, esta revisão integrativa foi conduzida com base nos dados de 7 artigos. O fluxograma do processo de triagem e seleção dos estudos está ilustrado na Figura 1.

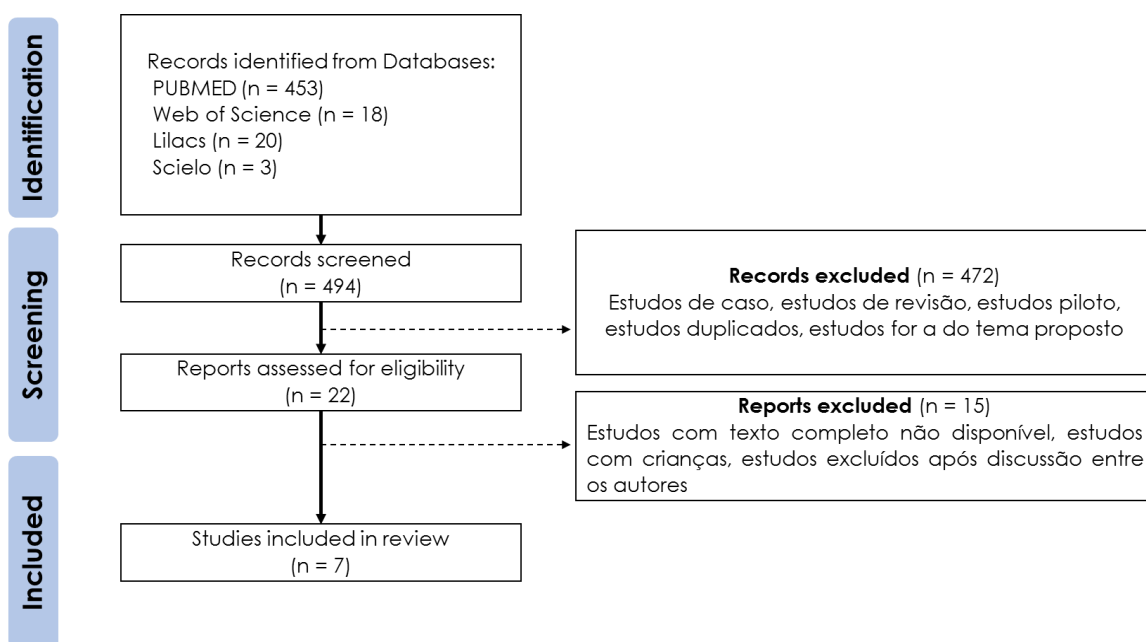


Figura 1 - Fluxograma Prisma do processo de triagem e seleção dos estudos, Teresina, 2021.

RESULTADOS

Caracterização dos estudos incluídos

Dentre os estudos incluídos, três foram realizados na Austrália, um no Canadá, um no Reino Unido, um nos Estados Unidos e outro não se restringiu a um país.

No que se refere à caracterização da população participante dos estudos, esta englobou prestadores de cuidados primários, representantes clínicos de serviços especializados em obesidade, membros da equipe multidisciplinar de serviços de saúde, membros de organizações de defesa da saúde e pacientes com obesidade.

Tabela 1 - Caracterização dos estudos incluídos, Teresina, 2021.

Autor/ Ano	País	Objetivo	Desenho
Leach e colaboradores (2020)	-	Avaliar a prontidão dos serviços nacionais de saúde para fornecer controle de peso e tratamento da obesidade.	Entrevista com 274 indivíduos de 68 países, incluindo: <ul style="list-style-type: none"> - Membros da equipe multidisciplinar de serviços de saúde; - Membros de organizações de defesa da saúde; - Pacientes e outros (a maioria dos quais eram pesquisadores ou estudantes profissionais de saúde).
Aboueid e colaboradores (2018)	Ontario (Canadá)	Compreender as abordagens de controle de peso usadas por prestadores de cuidados primários que trabalham em ambientes baseados em equipe e como eles avaliam a abordagem mais adequada para um paciente.	20 prestadores de cuidados primários de 6 clínicas multidisciplinares: <ul style="list-style-type: none"> - 13 enfermeiros; - 7 médicos de família.
Atlantis e colaboradores (2018)	Austrália	Descrever o estado atual dos serviços especializados em obesidade para adultos com obesidade clinicamente grave em hospitais públicos na Austrália e analisar a lacuna de recursos com base no consenso de especialistas.	15 representantes clínicos de serviços especializados em obesidade: <ul style="list-style-type: none"> - New South Wales (n=8); - Queensland (n=1); - Victoria (n=2); - South Australia (n=3); - Australian Capital Territory (n=1).
Brightman e colaboradores (2018)	Austrália	Relatar a atenção do paciente do Serviço de gerenciamento de obesidade de Canberra, o acesso às intervenções e os resultados clínicos, incluindo medidas objetivas e dados autorrelatados.	Estudo observacional descritivo (n=162). IMC (média): 49.5 (\pm 8.9) kg/m ² - obesidade grau III.
Simon e colaboradores (2018)	Michigan (EUA)	Identificar as recomendações do provedor e as barreiras no controle da obesidade em um sistema de saúde acadêmico multicêntrico com extensos recursos de controle da perda de peso.	Pesquisa online de 26 perguntas. Taxa de resposta de 26% (111/430). <ul style="list-style-type: none"> - 50% medicina interna; - 24% medicina familiar; - 16% saúde feminina; - 9% endocrinologia.

Booth e colaboradores (2015)	Reino Unido	Investigar o acesso a intervenções de controle de peso para pacientes com sobrepeso e obesos na atenção primária.	Registros eletrônicos de saúde: 91.413 pacientes: - 55.094 (60%) com sobrepeso; - 36.319 (40%) obesos, incluindo 4.099 (5%) com obesidade mórbida.
Cleland e colaboradores (2013)	Victoria (Austrália)	(1) mapear a atividade de prevenção da obesidade sendo implementada por organizações governamentais, não governamentais e comunitárias; (2) determinar as percepções do médico e do legislador sobre a viabilidade e eficácia de uma série de estratégias de prevenção da obesidade baseadas em evidências; e (3) determinar as percepções do médico e do legislador sobre os cenários preferidos para estratégias de prevenção da obesidade.	Pesquisa transversal com 304 profissionais de saúde: - Departamentos/agências do governo estadual (n=5, 2%); - Governo local (n=46, 15%); - Serviços de saúde comunitários (n=100, 33%); - Divisões de clínica geral (n= 19, 6%); - Organizações não governamentais (n = 15, 5%); - Casas de bairro e centros de aprendizagem comunitários (n=119, 39%).

Fonte: Dados dos autores, 2021.

Estratégias de cuidado para o atendimento de pessoas com obesidade

Na tabela 2 estão dispostos os dados referentes à caracterização das estratégias de cuidado às pessoas com obesidade, bem como os desfechos observados a partir da adoção dos serviços de saúde.

Nesse contexto, as estratégias mais citadas nos estudos incluídos foram: (1) Encaminhamento para um nutricionista, (2) Farmacoterapia, (3) Cirurgia bariátrica, (4) Grupos de apoio, (5) Programas de educação e (6) Aconselhamento no estilo de vida.

Tabela 2 - Variáveis relacionadas aos cuidados das pessoas com obesidade, Teresina, 2021.

Autor/ Ano	Estratégias de cuidado	Principais desfechos
Leach e colaboradores (2020)	- Nutricionista / dietista; - Médico de família; - Cirurgião bariátrico; - Endocrinologista; - Enfermeira; - Especialista em atividade física; - Psicólogo; - Medicina interna; - Pediatria.	Dados de treinamento inconsistentes (por exemplo, dos 68 países, 29 receberam treinamento adequado de nutricionistas e dietistas, mas apenas 4 países forneceram treinamento adequado de especialistas em obesidade pediátrica); - Nutricionista / dietista (n=29); - Médico de família (n=17); - Cirurgião bariátrico (n=16); - Endocrinologista (n=11); - Enfermeira (n=11); - Especialista em atividade física (n=11); - Psicólogo (n=8); - Medicina interna (n=7); - Pediatria (n=4).
Aboueid e colaboradores (2018)	- Tema 1: Encaminhamento para um nutricionista ou programação no local (aulas sobre saúde mental, alimentação, exercício físico, etc) (n=18);	- Tema 1: abordagem mais relatada pelos profissionais; encaminhamento para aulas grupais ou avaliação individualizada por nutricionista;

	<ul style="list-style-type: none"> - Tema 2: Encaminhamento para programas ambulatoriais de perda de peso (n=11); - Tema 3: Cirurgia bariátrica (n=9); - Tema 4: Fornecimento de recursos educacionais (n=4); - Tema 5: Encaminhamento a "Weight Watchers" (n=4); - Tema 6: Medicamentos antiobesidade (n=2). 	<ul style="list-style-type: none"> - Tema 2: segunda abordagem mais frequente; reservada para pacientes com índice de massa corporal (IMC) mais alto e condições médicas mais avançadas; encaminhamento para clínicas especializadas em controle/perda de peso; Tema 3: menos frequente (falta de recursos dos pacientes, extenuante avaliação pré-operatória); referido como último recurso (em casos de obesidade mórbida ou a pedido do paciente); - Tema 4: estratégia comumente usada; consiste em educação básica e recursos adicionais, como apostilas ou materiais da web; profissionais relatam a importância da educação acontecer no momento do diagnóstico (pacientes estão motivados); - Tema 5: opinião dividida sobre este tipo de programa ser uma abordagem adequada para o controle de peso; refere-se a grupos de autoajuda; sugerida quando a pessoa mostra motivação; funciona apenas para um subconjunto de pacientes; - Tema 6: raro; baixa prioridade (alto custo e diversos efeitos colaterais).
Atlantis e colaboradores (2018)	<ul style="list-style-type: none"> - Cirurgia bariátrica; - Equipe multidisciplinar; - Farmacoterapia para perda de peso; - Estilo de vida/intervenções na dieta. 	<ul style="list-style-type: none"> - 80% ou mais dos serviços tinham um médico, um nutricionista, acesso a cirurgia bariátrica ou recursos de intervenção no estilo de vida/dieta - Apenas 60% dos serviços contavam com recursos de enfermagem, psicologia ou pessoal administrativo; - Apenas 50% dos serviços tinham atendimento da equipe multiprofissional ou do fisiologista/fisioterapeuta do exercício; - Apenas 1/3 dos serviços oferecia acesso a medicamentos para emagrecer.
Simon e colaboradores (2018)	<ul style="list-style-type: none"> - Aconselhamento sobre mudanças no estilo de vida; - Encaminhamento para programa formal de perda de peso; - Medicamentos para obesidade; - Cirurgia bariátrica; - Encaminhamento a um especialista em obesidade. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aconselhamento sobre mudanças no estilo de vida: 92%; - Encaminhamento para um programa formal de perda de peso: 70% para IMC de 30 a 39 kg/m² e 76% para IMC > 40 kg/m²; - Medicamentos para obesidade: 24% e 33% para pacientes com 30 a 39 e ≥ 40 kg/m², respectivamente; - Cirurgia bariátrica: 40% dos entrevistados recomendaram para pacientes com IMC de 30 a 39 kg/m² que preenchiam os critérios, embora a discussão sobre cirurgia bariátrica tenha aumentado para 76% quando o IMC era ≥ 40 kg/m²; - Encaminhamento a um especialista em obesidade: recomendado por apenas 22% para pacientes com IMC de 30 a 39 kg/m² e por 31% para IMC > 40 kg/m².

Booth e colaboradores (2015)	<ul style="list-style-type: none"> - Aconselhamento no estilo de vida; - Encaminhamento para manutenção do peso; - Medicamentos antiobesidade. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aconselhamento: intervenção mais registrada em pacientes com sobrepeso e obesos e em homens gravemente obesos; - Encaminhamento: intervenção mais utilizada em homens com sobrepeso. Tendeu a reduzir a frequência à medida que o IMC aumentou, em ambos os sexos; - Intervenções medicamentosas: frequentemente registradas em pacientes com obesidade mórbida e mulheres com obesidade grave; - Estudo ainda identificou que a maioria dos pacientes com sobrepeso/obesidade não tinham registros de tratamento nos prontuários.
Brightman e colaboradores (2018)	<ul style="list-style-type: none"> - Serviços de saúde aliados: Nutricionista; Fisiologista do exercício; Psicólogo; - Intervenções intensivas: DMBE (dieta de muito baixa energia); Farmacoterapia; Cirurgia bariátrica. 	<ul style="list-style-type: none"> - Serviços de saúde aliados: Nutricionista: serviço de saúde aliado mais acessado (78,6%), seguida pela fisiologia do exercício (58,3%) e psicologia (21,4%); - Intervenções intensivas: A dieta de muito baixo teor calórico foi a intervenção intensiva mais comumente testada (23,3%), seguida por farmacoterapia (15,5%); - Não foi observado registros de cirurgia bariátrica, pois o primeiro paciente registrado ocorreu após o estudo.
Cleland e colaboradores (2013)	<ul style="list-style-type: none"> - Programas de alimentação saudável: Tratamento individual e aconselhamento; Grupos de apoio; Programas de educação; Desenvolvimento de habilidades; Aumento do acesso à alimentos saudáveis; - Programas de Atividade Física: Tratamento e aconselhamento individual; Grupos de apoio; Programas de educação; Capacitação; Aumentar o acesso a recreação e oportunidades de exercícios; Programas de transporte ativo; Mudanças no ambiente da vizinhança. 	<ul style="list-style-type: none"> - 81% indicaram que eles ou sua organização realizavam programas que promoviam a alimentação saudável na comunidade, os mais relatados foram: Programas de educação (57%), programas de desenvolvimento de habilidades (42%) e programas que aumentam o acesso a alimentos saudáveis (41%); - 89% indicaram que eles ou sua organização realizavam programas que promoviam a atividade física na comunidade, sendo os mais relatados: Programas de desenvolvimento de habilidades (52%), programas de educação (43%) e programas que visam aumentar o acesso a oportunidades de recreação e exercícios (37%).

Fonte: Dados dos autores, 2021.

DISCUSSÃO

O presente estudo analisou as principais estratégias adotadas por serviços de saúde no que diz respeito ao cuidado com os indivíduos com obesidade.

Nesse contexto, ressalta-se que a quantidade de evidências científicas disponíveis na literatura com o objetivo de orientar os profissionais de saúde nesse sentido, ainda são escassas e controversas.

Contudo, algumas estratégias ganham destaque como, por exemplo, aquelas que buscam impactar não apenas o conhecimento, mas também as habilidades e competências desses indivíduos; intervenções multifatoriais, que incluem acompanhamento nutricional adequado, exercício físico e mudanças comportamentais; e também as que incluem o compartilhamento de experiências entre esses indivíduos, envolvendo grupos de apoio e monitoramento (Cleland e colaboradores,

2013; Lemmens e colaboradores, 2008; Lombard, Deeks, Teede, 2009).

Antes de discutir sobre as principais estratégias adotadas na atenção ao paciente com obesidade, é importante mencionar que ainda existem grandes dificuldades no tratamento da obesidade.

A falta de diagnósticos formais de obesidade, baixa priorização de discussões sobre obesidade por profissionais de saúde, falta de cuidados de acompanhamento e crenças divergentes entre pacientes e profissionais de saúde sobre a eficácia do tratamento da obesidade, podem afetar o gerenciamento de peso bem-sucedido (Kaplan e colaboradores, 2017).

Dentro desse contexto, Dados do National Health and Nutritional Examination Survey de 2005 a 2008 revelam que quando os pacientes eram informados sobre seu estado de sobrepeso ou obesidade, eles eram significativamente mais propensos a desejar perder peso, tentar perder peso e perder pelo menos 5% de seu peso corporal, em comparação com pacientes que não foram informados de seu status de excesso de peso (Kahan, 2016; Pool e colaboradores, 2014).

Há também falta de alinhamento em relação às razões pelas quais os indivíduos com obesidade podem não procurar atendimento para obesidade em serviços de saúde responsáveis por isso.

Nesse cenário, é importante mencionar que, apesar da obesidade ser geralmente considerada uma doença, normalmente não é tratada como tal. Indivíduos com obesidade tendem a evitar diálogos sobre o controle do peso, principalmente por acreditarem que alcançar esse objetivo é de responsabilidade própria, dessa forma, não priorizam o acompanhamento com profissionais de saúde especializados no tema (Kaplan e colaboradores, 2017).

Além disso, outro ponto que pode contribuir para a escolha das intervenções utilizadas no tratamento da obesidade nos serviços de saúde, diz respeito ao fato dos próprios profissionais de saúde apresentarem um pensamento negativo quanto à eficácia e continuidade do tratamento.

Sobre este aspecto, os resultados do estudo de Salinas e colaboradores (2011), revelaram que percentual elevado dos médicos não acreditavam que seus pacientes obesos perderiam peso ou que estes poderiam manter a perda de peso.

Aconselhamento sobre mudanças no estilo de vida

Diante dos resultados da presente revisão, pode-se verificar que uma das principais abordagens utilizadas no cuidado com o paciente com obesidade foi o aconselhamento sobre mudanças no estilo de vida.

Ressalta-se que esta abordagem era repassada pelos próprios médicos no momento do diagnóstico de obesidade e, embora seja no intuito de mudanças no estilo de vida, não se torna suficiente para o tratamento desta condição, sendo necessário o encaminhamento a nutricionistas e programas focados na mudança de comportamento.

Nesse sentido, observa-se que, de 7 artigos, 5 mencionaram o encaminhamento ao nutricionista, ao passo que somente 2 mencionaram aulas grupais e programas de educação.

Destaca-se que os componentes da terapia comportamental incluem estabelecimento de metas, automonitoramento, abordagem de barreiras, resolução de problemas, reforço positivo e suporte contínuo, sendo uma técnica que consiste em um processo colaborativo centrado no paciente que se concentra em ajudar e orientá-los para construir motivação interna e apoiar a resolução personalizada de problemas para alcançar a mudança de comportamento (Moyer, 2012).

Sobre isso, o estudo de Torti e colaboradores (2017), que avaliou as perspectivas do paciente sobre o papel dos cuidados primários no tratamento da obesidade, descreve a participação nas sessões educacionais como útil e benéfica para o controle de peso, onde os pacientes citam que a participação nos programas/grupos de apoio e a interação próxima com a equipe de saúde aumentam o comprometimento, a responsabilidade e ajudam a manter a motivação, resultando em maior consistência no processo.

Intervenções dietéticas

Dentre as intervenções citadas nos artigos incluídos na revisão, encontra-se a adoção de uma dieta de muito baixo teor calórico (<800 Kcal/dia), como uma opção no tratamento da obesidade.

Contudo, é importante ressaltar que esse tipo de dieta pode ser opção viável em alguns pacientes, mas deve ser fornecida apenas no contexto de uma intervenção de estilo de vida de alta intensidade, o que exige um acompanhamento multiprofissional rigoroso, pois a perda rápida de peso tem potencial para complicações médicas, como cálculos biliares e distúrbios eletrolíticos (ADA, 2016; ACC, 2014).

Além disso, apesar da adoção de uma dieta de muito baixa caloria por 3 meses ter o potencial de atingir 10% a 15% de perda de peso, ela também pode resultar em recuperação substancial de peso, especialmente na ausência de um programa de manutenção (Gudzune e colaboradores, 2015).

Cirurgia Bariátrica

Sobre o encaminhamento para cirurgia bariátrica, verificou-se que este não foi adotado como prioridade nos serviços analisados no presente estudo.

O encaminhamento cirúrgico foi mencionado em 4 dos 7 estudos incluídos na revisão, contudo foi uma estratégia menos utilizada em comparação ao aconselhamento de mudança do estilo de vida, sendo referida como último recurso adotado, em casos de obesidade mórbida ou a pedido do paciente, devido à falta de recursos dos pacientes, à extenuante avaliação dos pacientes que levam à cirurgia e à falta de acessibilidade ao paciente (Aboueid e colaboradores, 2018; Simon e colaboradores, 2018).

Em geral, essa terapia é indicada onde a intervenção no estilo de vida não conseguiu reduzir o peso suficiente em indivíduos obesos ou com sobrepeso para melhorar a doença associada ou a qualidade de vida ou melhorar o suficiente nas comorbidades relacionadas à obesidade (Wing, Phelan, 2005; Sweeting, Caterson, 2017).

No entanto, a cirurgia bariátrica tem o perfil de segurança mais adverso dentre as intervenções adjuvantes no tratamento da obesidade, principalmente relacionadas à morbimortalidade perioperatória, a exemplo de hemorragia, obstrução e infecção, que podem ocorrer em até 10% dos indivíduos (Pories, 2008).

A adoção do tratamento cirúrgico para a obesidade enfrenta algumas dificuldades, como a falta de acessibilidade no sistema hospitalar público e a falta de sistemas /

programas de acompanhamento de longo prazo.

Este último é fator essencial para evitar problemas ósseos e nutricionais associados, incluindo risco aumentado de osteoporose, frequentemente exacerbado pela deficiência de vitamina D em longo prazo, deficiência de vitamina B12 e deficiências de vitaminas lipossolúveis (Brzozowska e colaboradores, 2013; Tabet, Caterson, Markovic, 2016).

Uso de medicamentos antiobesidade

Dentre os artigos incluídos nesta revisão, verifica-se que o uso da farmacoterapia para a perda de peso foi subutilizada nos serviços de saúde.

No estudo de Aboueid e colaboradores (2018), o uso de medicamentos foi uma estratégia raramente utilizada, de forma semelhante, mostraram que apenas 1/3 dos serviços oferecia acesso a medicamentos para emagrecer, e o estudo de Booth e colaboradores (2015), revelam que a intervenção medicamentosa era destinada apenas para pacientes com obesidade mórbida e mulheres com obesidade grave.

Sobre estes resultados, alguns estudos já mencionam que o tratamento farmacológico da obesidade pode funcionar para alguns pacientes, contudo existe a possibilidade do surgimento de efeitos colaterais, como efeitos gastrointestinais, que também pode ser um dos motivos para o abandono do tratamento por alguns indivíduos (Mehta, Marso, Neeland, 2017).

Além disso, outra barreira para a recomendação desses medicamentos como abordagem é o alto custo para os pacientes, que também contribui à adesão abaixo do ideal (Aboueid e colaboradores, 2018).

Portanto, no contexto da obesidade como um importante problema de saúde pública, observa-se evidências que enfatizam a adoção de intervenções voltadas, principalmente, a mudanças no estilo de vida, entre outras formas de tratamento.

Para isso, ressalta-se a necessária atuação de equipes multidisciplinares, bem como o suporte familiar, uma vez que a obesidade é uma doença multifatorial e que impacta a vida do indivíduo não só fisiologicamente, mas também socialmente.

CONCLUSÃO

Diante do exposto, pode-se concluir que no tratamento da obesidade deve-se priorizar a interação multidisciplinar frequente e intensiva, envolvendo farmacêuticos, médicos, enfermeiras, nutricionistas, psicólogos e especialistas em medicina da obesidade.

Contudo, também deve-se adequar o cuidado para aqueles pacientes que não respondem de maneira suficiente à intervenção no estilo de vida de forma isolada, o que favorece a adoção da farmacoterapia ou da cirurgia bariátrica como estratégias a serem utilizadas, mas sempre mantendo o aconselhamento no estilo de vida como pilar do tratamento eficaz.

REFERÊNCIAS

- 1-Aboueid, S.; Jasinska, M.; Bourgeault, I.; Giroux, I. Current Weight Management Approaches Used by Primary Care Providers in Six Multidisciplinary Healthcare Settings in Ontario. *Canadian Journal of Nursing Research*. Vol. 50. Num. 4. p.169-178. 2018. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0844562118769229>.
- 2-Afshin, A.; Forouzanfar, M. H.; Reitsma, M. B.; Sur, P.; Estep, K.; Lee, A.; Marczak, L.; Mokdad, A. H.; Moradi-Lakeh, M. e colaboradores. Health effects of overweight and obesity in 195 countries over 25 years. *New England Journal of Medicine*. Vol. 377. p.13-27. 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28604169/>.
- 3-Al-Hazzaa, H. M. Albawardi, N. M. Activity energy expenditure, screen time and dietary habits relative to gender among Saudi youth: interactions of gender with obesity status and selected lifestyle behaviours. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*. Vol. 28. Num. 2. p. 389-400. 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31192569/>.
- 4-Almeida, L. M.; Ramos, K. F. C.; Randow, R.; Guerra, V. A. Estratégias e desafios da gestão da Atenção Primária à Saúde no controle e prevenção da obesidade. *Revista Eletrônica Gestão e Saúde*. Vol. 8. Num 1. p. 114-139. 2017. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/3700>.
- 5-ACC. American College of Cardiology. American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Obesity Expert Panel. Expert Panel report: guidelines (2013) for the management of overweight and obesity in adults. *Obesity*. Vol. 22. Num. suppl 2. p. S41-S410. 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24227637/>.
- 6-ADA. American Diabetes Association. Obesity management for the treatment of type 2 diabetes. *Diabetes Care*. Vol. 39. Num. suppl 1. p. S47-S51. 2016. Disponível em: https://diabetesjournals.org/care/article/39/Supplement_1/S47/28938/6-Obesity-Management-for-the-Treatment-of-Type-2.
- 7-Atlantis, E.; Kormas, N.; Samaras, K.; Fahey, P.; Sumithran, P.; Glastras, S. e colaboradores. Clinical Obesity Services in Public Hospitals in Australia: a position statement based on expert consensus. *Clinical Obesity*. Vol. 8. Num. 3. p. 203-210. 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29683555/>.
- 8-Benaich, S.; Mehdad, S.; Andaloussi, Z.; Boutayeb, S.; Alamy, M.; Aguenou, H.; Taghzouti K. Weight status, dietary habits, physical activity, screen time and sleep duration among university students. *Nutrition and Health*. Vol. 27. Num. 1. p. 69-78. 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33045923/>.
- 9-Biddle, S. J. H.; García-Bengochea, E.; Pedisic, Z.; Bennie, J.; Vergeer, I.; Wiesner, G. Screen Time, Other Sedentary Behaviours, and Obesity Risk in Adults: A Review of Reviews. *Current Obesity Reports*. Num. 6. Vol. 2. p. 134-147. 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28421472/>.
- 10-Blüher, M. Obesity: global epidemiology and pathogenesis. *Nature Reviews Endocrinology*. Vol.15. p. 288-298. 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30814686/>.
- 11-Booth, H. P.; Prevost, A. T.; Gulliford, M. C. Access to weight reduction interventions for overweight and obese patients in UK primary care: population-based cohort study. *BMJ Open*. Vol. 5. Num. 1. p. e006642. 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25586371/>.

12-Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Vigilância Brasil 2020: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2020*. Brasília. 2021.

13-Brightman, L.; Huang, H. C.; Dugdale, P. Determining patient attendance, access to interventions and clinical outcomes in a publicly funded obesity programme: Results from the Canberra Obesity Management Service. *Clinical Obesity*. Vol. 9. Num. 4. p. e12325. 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31207135/>.

14-Brzozowska, M. M.; Sainsbury, A.; Eisman, J. A.; Baldock, P. A.; Center, J. R. Bariatric surgery, bone loss, obesity and possible mechanisms. *Obesity Reviews*. Vol. 14. p. 52-67. 2013.

15-Cleland, V.; McNeilly, B.; Crawford, D.; Ball, K. Obesity prevention programs and policies: practitioner and policy-maker perceptions of feasibility and effectiveness. *Obesity*. Vol. 21. Num. 9. p. E448-55. 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23666784/>.

16-Gudzune, K. A.; Doshi, R. S.; Mehta, A. K.; Chaudhry, Z. W.; Jacobs, R. M. V.; Lee, C. J. Efficacy of commercial weight-loss programs: an updated systematic review. *Annals of Internal Medicine*. Vol. 162. Num. 7. p. 501-512. 2015.

17-IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa de orçamentos familiares 2017-2018: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil*. IBGE. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro. 2020.

18-Kahan, S. Overweight and obesity management strategies. *The American Journal of Managed Care*. Vol. 22. Num. 7 Suppl. p. s186-96. 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27356116/>.

19-Kaplan, L. M.; Golden, A.; Jinnett, K.; Kolotkin, R. L.; Kyle, T. K.; Look, M. e colaboradores. Perceptions of Barriers to

Effective Obesity Care: Results from the National Action Study. *Obesity*. Vol. 26. Num. 1. p. 61-69. 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29086529/>.

20-Leach, R. J.; Powis, J.; Baur L. A.; Caterson, I. D.; Dietz, W.; Logue, J. e colaboradores. Clinical care for obesity: A preliminary survey of sixty-eight countries. *Clinical Obesity*. p. e12357. 2020.

21-Lemmens, V. E.; Oenema, A.; Klepp, K. I.; Henriksen, H. B.; Brug J. A systematic review of the evidence regarding efficacy of obesity prevention interventions among adults. *Obesity Reviews*. Vol. 9. p. 446-455. 2008.

22-Lombard, C. B.; Deeks, A. A.; Teede, H. J. A systematic review of interventions aimed at the prevention of weight gain in adults. *Public Health Nutrition*. Vol. 12. p. 2236-2246. 2009.

23-Mehta, A.; Marso, S. P.; Neeland, I. J. Liraglutide for weight management: A critical review of the evidence. *Obesity Science & Practice*. Vol. 3. p. 3-14. 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28392927/>.

24-Moyer, V. A. US Preventive Services Task Force. Screening for and management of obesity in adults: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Annals of Internal Medicine*. Vol. 157. Num. 5. p. 373-378. 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22733087/>.

25-Page, M. J.; McKenzie, J. E.; Bossuyt, P. M.; Boutron, I.; Hoffmann, T. C.; Mulrow, C. D. e colaboradores. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *The BMJ*. Vol. 29. p. 372. 2021.

26-Pearce, C.; Rychetnik, L.; Wutzke, S.; Wilson, A. Obesity prevention and the role of hospital and community-based health services: a scoping review. *BMC Health Services Research*. Vol. 19. Num. 1. p. 453. 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31277640/>.

27-Pool, A. C.; Kraschnewski, J. I.; Cover, L. A.; Lehman, E. B.; Stuckey, H. L.; Hwang, K. O. e colaboradores. The impact of physician weight discussion on weight loss in US adults. *Obesity Research & Clinical Practice*. Vol. 8. Num. 2. p. e131-e139. 2014. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4264677/>.

28-Pories, W. J. Bariatric surgery: risks and rewards. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. Vol. 93. p. S89-96. 2008. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18987275/>.

29-Ramos-Lopez, O.; Milagro, F. I.; Allayee, H.; Chmurzynska, A.; Choi, M. S.; Curi, R. e colaboradores. Guide for Current Nutrigenetic, Nutrigenomic, and Nutriepigenetic Approaches for Precision Nutrition Involving the Prevention and Management of Chronic Diseases Associated with Obesity. *Journal of Nutrigenetics and Nutrigenomics*. Vol. 10. Num. 2. p.43-62. 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28689206/>.

30-Salinas, G. D.; Glauser, T. A.; Williamson, J. C.; Rao, G.; Abdolrasulnia, M. Primary care physician attitudes and practice patterns in the management of obese adults: results from a national survey. *Postgraduate Medicine*. Vol.123. Num. 5. p. 214-219. 2011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21904104/>.

31-Simon, R.; Lahiri, S. W. Provider practice habits and barriers to care in obesity management in a large multicenter health system. *Endocrine Practice*. Vol. 24. Num. 4. p. 321-328. 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29561192/>.

32-Souza, M. T.; Silva, M. D.; Carvalho, R. Revisão integrativa: como é e como fazer? *Einstein*. Vol. 8. Num. 1. p.102-106. 2010.

33-Sweeting, A. N.; Caterson, I. D. Approaches to obesity management. *Internal Medicine Journal*. Vol. 47. p. 734-739. 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28677316/>.

34-Tabet, E.; Caterson, I. D.; Markovic, T. Bariatric surgery positive and negative effects. *Endocrinology*. Vol. 5. p. 29-33. 2016.

35-Torti, J.; Luig, T.; Borowitz, M.; Johnson, J. A.; Sharma, A. M.; Campbell-Scherer, D. I. The 5As team patient study: patient perspectives on the role of primary care in obesity. *BMC Family Practice*. Vol. 18. Num. 1. p. 19. 2017.

Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28178930/>.

36-Whittemore, R.; Knaf, K. The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 52. Num. 5. p. 546-53. 2005. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16268861/>.

37-Wing, R. R.; Phelan, S. Long-term weight loss maintenance. *The American Journal of Clinical Nutrition*. Vol. 82. p. S222-5. 2005. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16002825/>.

38-WHO. World Health Organization. Overweight and obesity. Geneva: World Health Organization. 2021. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.

39-Zheng, A.; Cretikos, M. How can health services strengthen support for children affected by overweight and obesity, and their families? *Public Health Res Pract*. Vol. 29. Num. 1. p. 2911903. 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30972404/>.

E-mail dos autores:

joycesousa.ab@hotmail.com
diana.scardoso@outlook.com
mickaelpaivasousa@gmail.com
thayanne_visgueira@hotmail.com
luisahelena_lima@yahoo.com.br
analarissa2001@yahoo.com.br

Autor correspondente:

Joyce Sousa Aquino Brito.
joycesousa.ab@hotmail.com
Universidade Federal do Piauí.
Campus Ministro Petronio Portela.
Ininga, Teresina-PI, Brasil.
CEP: 64049-550.

Recebido para publicação em 25/01/2022
Aceito em 05/06/2022