

# Abordagem e tratamento de Diabetes e Obesidade na APS

Dra. Cristina da Silva Schreiber de Oliveira

# Fatores risco DCNTs

## Entendendo o contínuo das doença IDENTIFICANDO PRECOCEMENTE

- Pesando os pacientes (acima de 25 kg/m<sup>2</sup>) → será que tem **esteatose**?
- **Cintura abdominal** mulher (88cm) e Cint. Abdom. homens (102cm)
- Atualizando a **meta de pressão** arterial (120x 70)
- **Diabetes gestacional** como indicador de saúde metabólica
- **Não amamentação** como risco para obesidade
- Aplicando o Escore FIB 4 (para esteatose hepática → **cirrose**)

The background of the slide is a repeating pattern of stylized hands. Each hand is depicted in a light green color with a white outline, showing the fingers and palm. The hands are arranged in a grid-like fashion, slightly offset from each other, creating a textured effect. The overall color palette is light and clean, with the green of the hands contrasting subtly against the white background.

# Fatores risco DCNTs

**Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil 2021 – 2030**

# Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil 2021 – 2030

- Reduzir a mortalidade prematura (30 – 69 anos) por DCNT em 2% ao ano
- Reduzir a prevalência de tabagismo em 30%.
- Reduzir o consumo abusivo de bebidas alcoólicas em 10%
- Deter o crescimento da obesidade em adultos
- Aumentar o consumo recomendado de frutas e hortaliças em 10%
- Aumentar a prevalência da prática de atividade física no tempo livre em 10%
- Aumentar a cobertura da mamografia em mulheres de 50 – 69 anos de idade nos últimos dois anos para 70%
- Aumentar a cobertura de Papanicolau em mulheres de 24 – 64 anos de idade nos últimos três anos para 85%

Figura 2 – Meta de redução da prevalência de tabagismo do Plano de Enfrentamento das DCNT 2011-2022



Fonte: Vigitel (2010 e 2019).

Figura 4 – Meta de detenção do crescimento da obesidade em adultos do Plano de Enfrentamento das DCNT 2011-2022



Fonte: Vigitel (2010 e 2019).

**Figura 6 – Meta de aumento da prática de atividade física no tempo livre do Plano de Enfrentamento das DCNT 2011-2022**

 <b>PLANO DE DCNT – MONITORAMENTO DAS METAS</b>				
	<b>META</b>	<b>MONITORAMENTO</b>	<b>RESULTADO 2019</b>	<b>PREVISÃO 2022</b>
	Aumentar em 10% a prática de atividade física no tempo livre	30,5%  2010 39%  2011 33,6%  Meta 2022	 Meta total atingida	 Meta será atingida

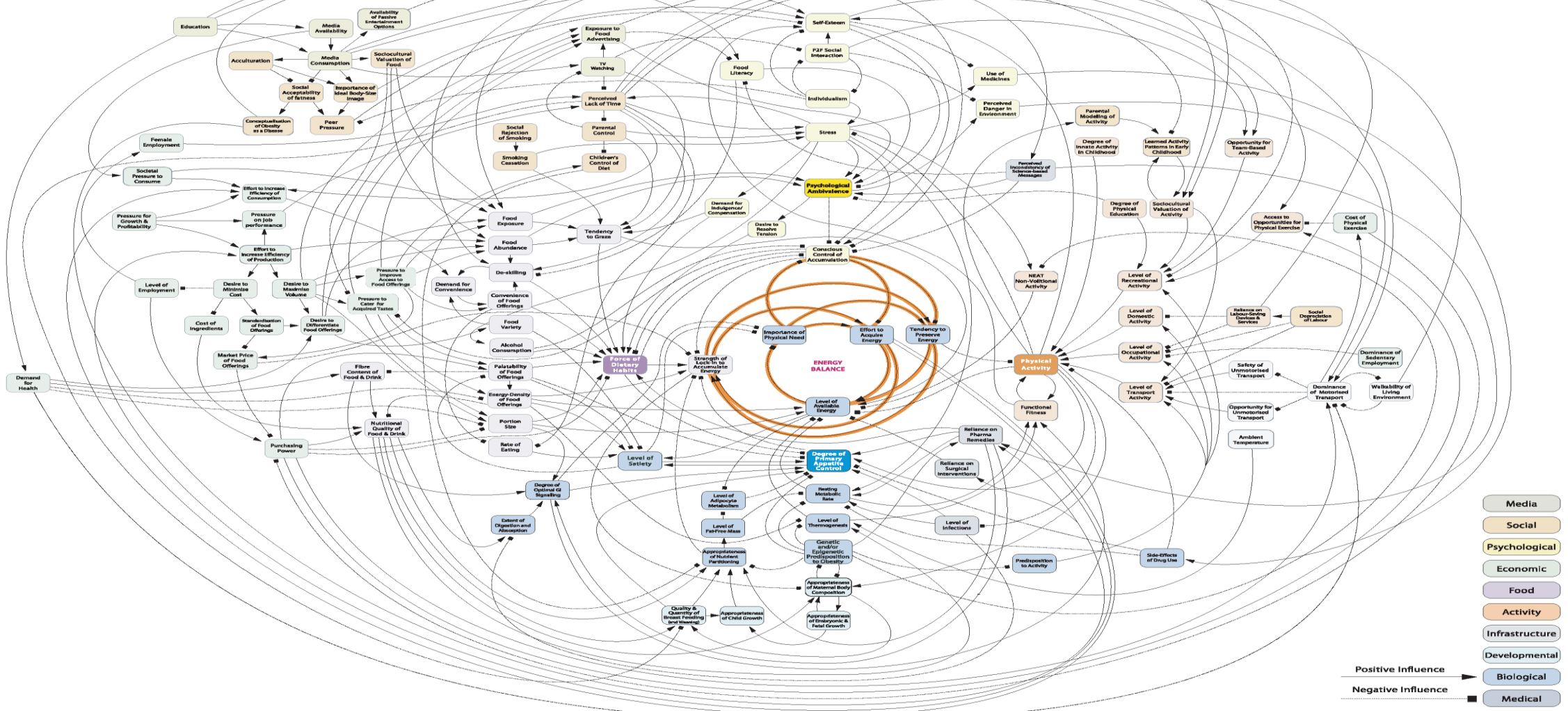
Fonte: Vigitel (2010 e 2019).

**Como identificar?**

**INSTRUTIVO DE ABORDAGEM  
INDIVIDUAL PARA MANEJO  
DA OBESIDADE NO SUS**

**Brasília - DF  
2024**

**Foresight**  
Obesity System Map



# Foresight Obesity System Map



# OBESITY IN ADULTS

A clinical practice guideline



BMI IS **NOT** AN ACCURATE  
TOOL FOR IDENTIFYING  
OBESITY-RELATED  
COMPLICATIONS

**Obesity** complex disease in which abnormal or excess body fat impairs health

Effects:

▼ health    ▼ quality of life    ▼ lifespan

People with obesity experience weight bias and stigma



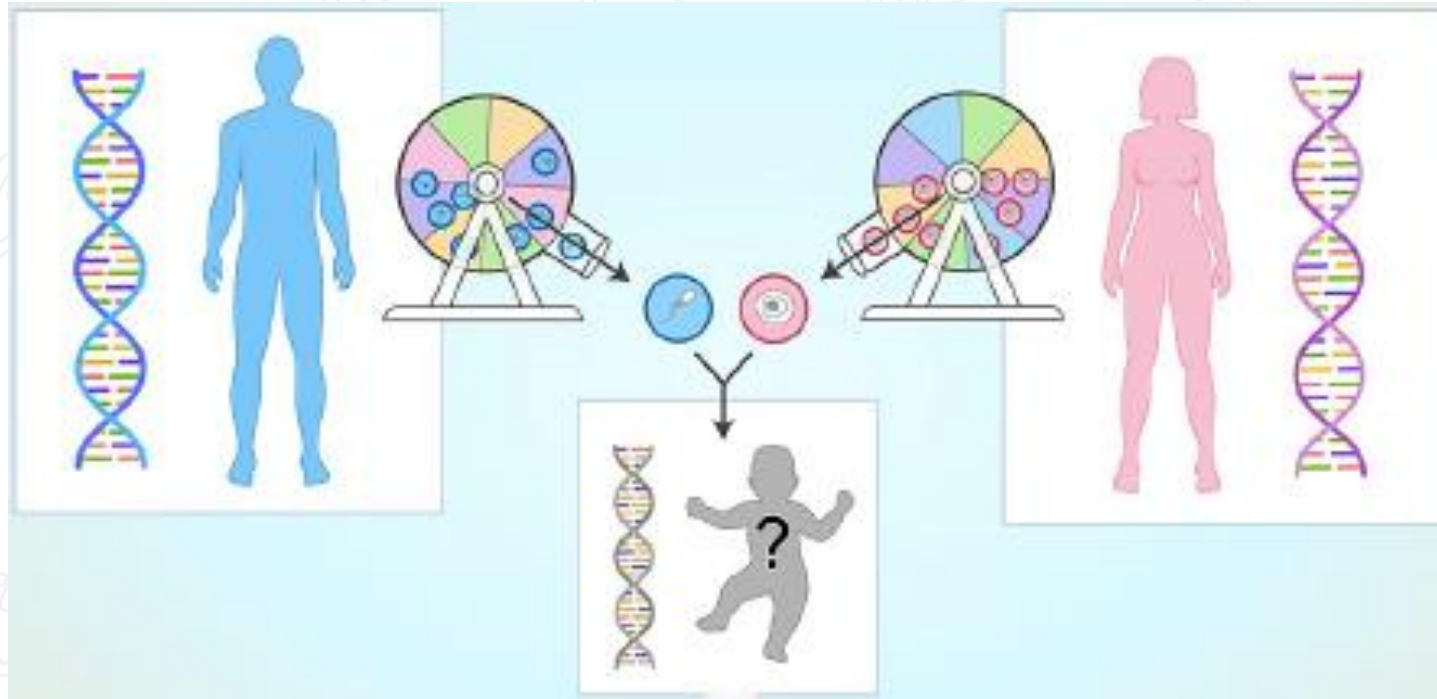
increased complications and mortality independent of weight or BMI

**Weight bias** thinking that people with obesity do not have enough willpower or are not cooperative

**Stigma** acting on weight-biased beliefs

**Obesidade é uma doença crônica complexa, multifatorial, prevalente, progressiva e recidivante, caracterizada por uma adiposidade excessiva ou anormal, sem cura - mas com prevenção, tratamento e controle eficazes.**

# Tudo inicia com uma verdadeira loteria genética



**A genética é DETERMINANTE para a obesidade**

## No passado...



Como se gastava muita energia  
e/ou se ingeria pouca caloria:

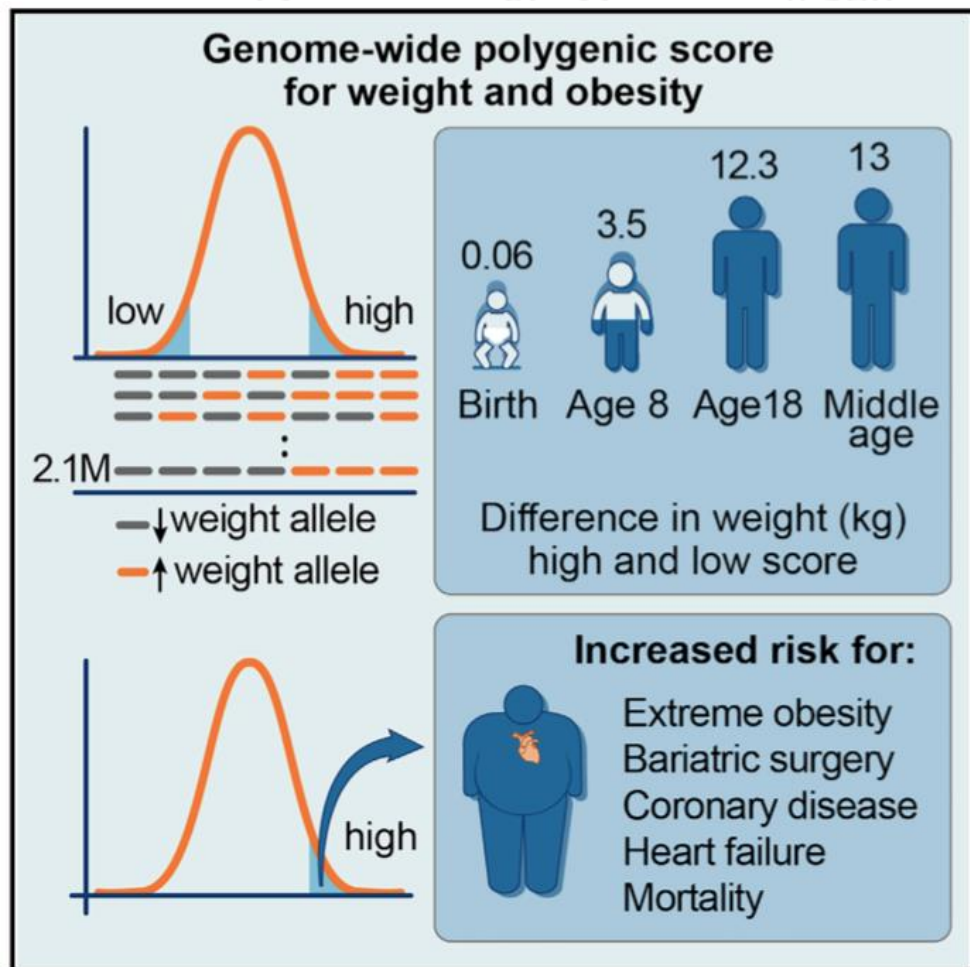
**não se ganhava peso!**

## Mas, nos dias de hoje...



Como se gasta pouca energia  
e/ou se ingere muita caloria:

**quanto maior a propensão genética à obesidade  
maior o ganho de peso!**



## Cell

### Polygenic Prediction of Weight and Obesity Trajectories from Birth to Adulthood

#### In Brief

A genome-wide polygenic score quantifies inherited susceptibility to obesity, integrating information from 2.1 million common genetic variants to identify adults at risk of severe obesity.

# Fatores risco DCNTs

Estamos preparados para acolher?

Ou ainda pensamos que OBESIDADE tem relação com CARÁTER, com PREGUIÇA?

“DIET CULTURE”

# THE 5 PRINCIPLES OF OBESITY



## PRINCIPLE 1

It is undeniable that obesity is a chronic disease.



- ◆ Obesity is a chronic, progressive and relapsing disease, characterized by the presence of abnormal or excess adiposity that impairs health and social well-being.
- ◆ Obesity increases the risk for a range of health conditions such as type 2 diabetes, high blood pressure, cardiovascular disease, types of cancer, mental health conditions, sleep apnea, degenerative joint disease, fertility, fatty liver disease.
- ◆ BMI is useful as a screening tool for risk assessment but should not be used as the sole criteria for obesity. Obesity isn't a diagnosis that should be made by a qualified HCP based on a comprehensive medical assessment.

# THE 5 PRINCIPLES OF OBESITY



## PRINCIPLE 2

Obesity is driven by powerful underlying biology, not choice.



- ◆ Obesity is a chronic condition resulting from a combination of genetic, environmental, behavioral, social and other factors. Obesity therefore should not be considered a personal failure or as arising from a lack of willpower.
- ◆ Obesity is a complex, heterogeneous disease requiring comprehensive evaluation and a personalized treatment plan.
- ◆ Body weight is not a sole indicator of obesity. When someone loses weight, the presence of obesity still exists.
- ◆ With weight-loss the body recruits a range of biological responses in appetite and energy expenditure that promote weight regain.



# THE 5 PRINCIPLES OF OBESITY



## PRINCIPLE 3

The many health effects of excess weight can start early.



- ◆ Adverse health effects of excess body fat can start early in life.
- ◆ Preventing excess weight gain likely has health benefits.
- ◆ Healthy lifestyle habits that are advocated for weight-loss are also beneficial to prevent weight gain.
- ◆ Movement and healthy behaviors are beneficial for all individuals
- ◆ It is difficult to prevent obesity because biological, environmental, social and behavioral factors influence what and how much we eat.

# THE 5 PRINCIPLES OF OBESITY



## PRINCIPLE 4

Obesity is treatable.



- ◆ There are a range of treatments available that have strong scientific support.
- ◆ The focus of treatment is to benefit health, not just reduced weight.
- ◆ Obesity treatment is lifelong and chronic.
- ◆ There are health benefits to 3-5% weight-loss, and more weight-loss generally has greater benefits.
- ◆ Responses to obesity treatments are highly variable from person to person.
- ◆ There is no one nutritional strategy that is the best for health or weight.
- ◆ Consuming healthful, nutritious foods are beneficial to health.
- ◆ There are a number of anti-obesity medications (AOMs) that are government approved and are appropriate for use in people with obesity.
- ◆ Metabolic surgery is currently the most effective treatment we leading to 25-30% weight-loss, remission of diabetes, evidence of reduced mortality.

# THE 5 PRINCIPLES OF OBESITY



## PRINCIPLE 5

Weight bias, stigma and discrimination are harmful.



- ◆ People living with obesity face substantial bias and stigma in employment, social situations and medical care.
- ◆ People living with obesity may internalize this bias and stigma leading to adverse effects on self-esteem and access to health care.
- ◆ People living with obesity deserve respect, support and appropriate treatment.
- ◆ Limited access to obesity treatment denies people living with obesity the chance for improved health.
- ◆ Not all people living in larger bodies have obesity.
- ◆ The choice to treat, or not to treat obesity is an individual preference.

# Multidisciplinaridade x Interdisciplinaridade x Transdisciplinaridade

## **Multidisciplinaridade:**

**Cada profissional avalia paciente independentemente**

Planos de tratamento como “camadas de serviço”

Não há identidade de grupo.

Médico centraliza as decisões.

# Multidisciplinaridade x Interdisciplinaridade x Transdisciplinaridade

**Interdisciplinaridade:** colaboram várias especialidades

As disciplinas "se cruzam" porém ainda todos estão "presos" a sua disciplina

Aqui não há ainda intersecção das disciplinas,

# Multidisciplinaridade x Interdisciplinaridade x Transdisciplinaridade

## Transdisciplinaridade:

Problemas complexos / Sociedade complexa

Desenvolvimento cultura e conhecimento humanos

Ciência, cultura, vários saberes e espiritualidade.

Busca a compreensão da complexidade do **MUNDO REAL**

### Contém:

- Diálogo entre as diferentes áreas
- **OBJETIVO É INTERCOMUNICAÇÃO** entre as disciplinas para que não ocorra fronteiras
- Busca-se **interação máxima**, onde cada um colabora para um saber comum;

# Exercício físico



***na obesidade***

***Muito além da balança ...***

# Exercício físico na obesidade

**prescrição  
individualizada de  
exercício**



- Controle da PA
- Controle lipídico
- Redução da gordura visceral
- Preservação da sensibilidade à insulina
- Melhora do condicionamento CV e força muscular



**Visão tradicional**



**Perda de 5-10% do peso corporal**

- Redução pequena do tecido adiposo
- Adesão limitada
- Adaptações fisiológicas independente da perda de peso
- Heterogeneidade de respostas
- Ingestão energética compensatória

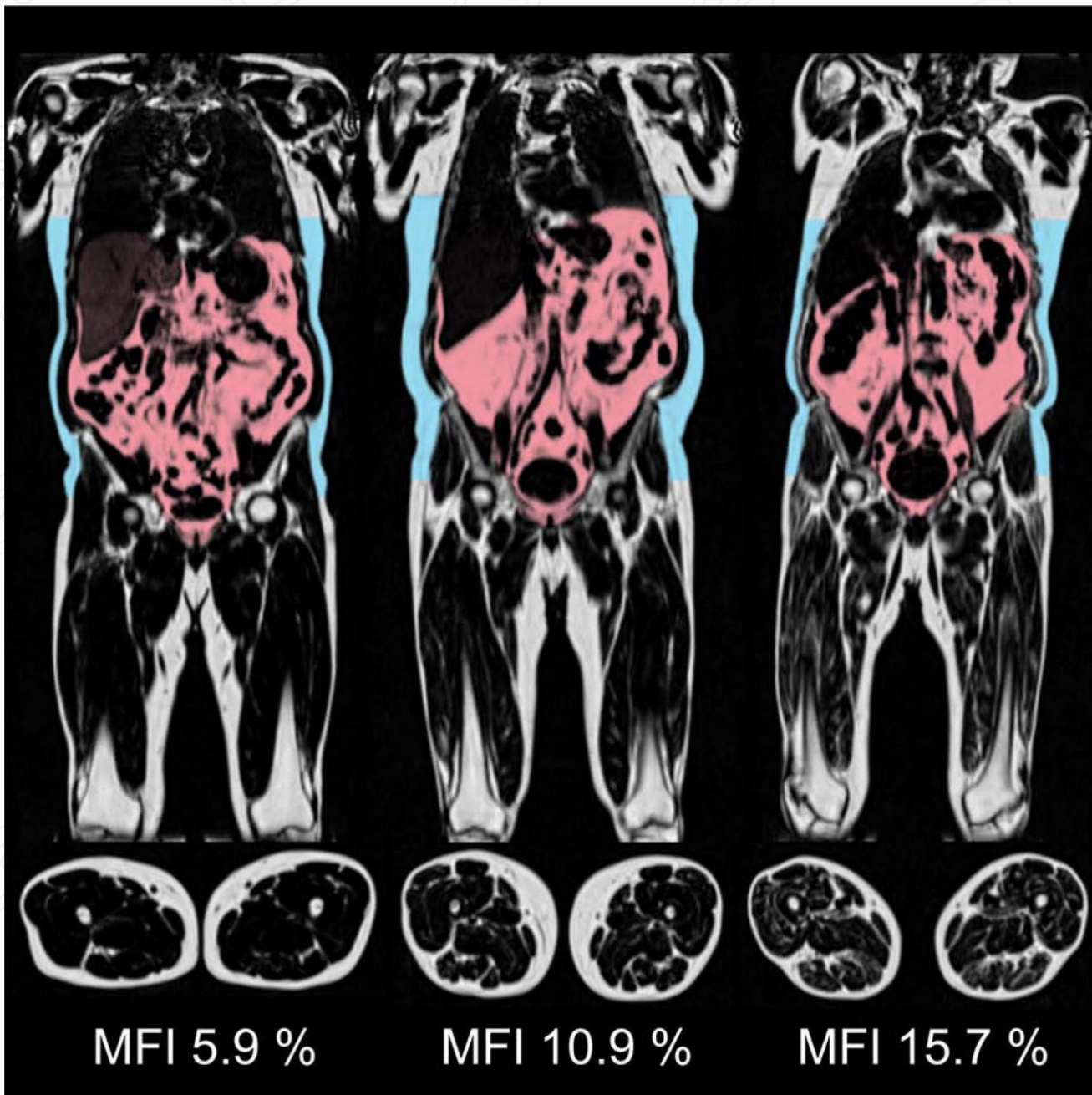
**Visão atual**



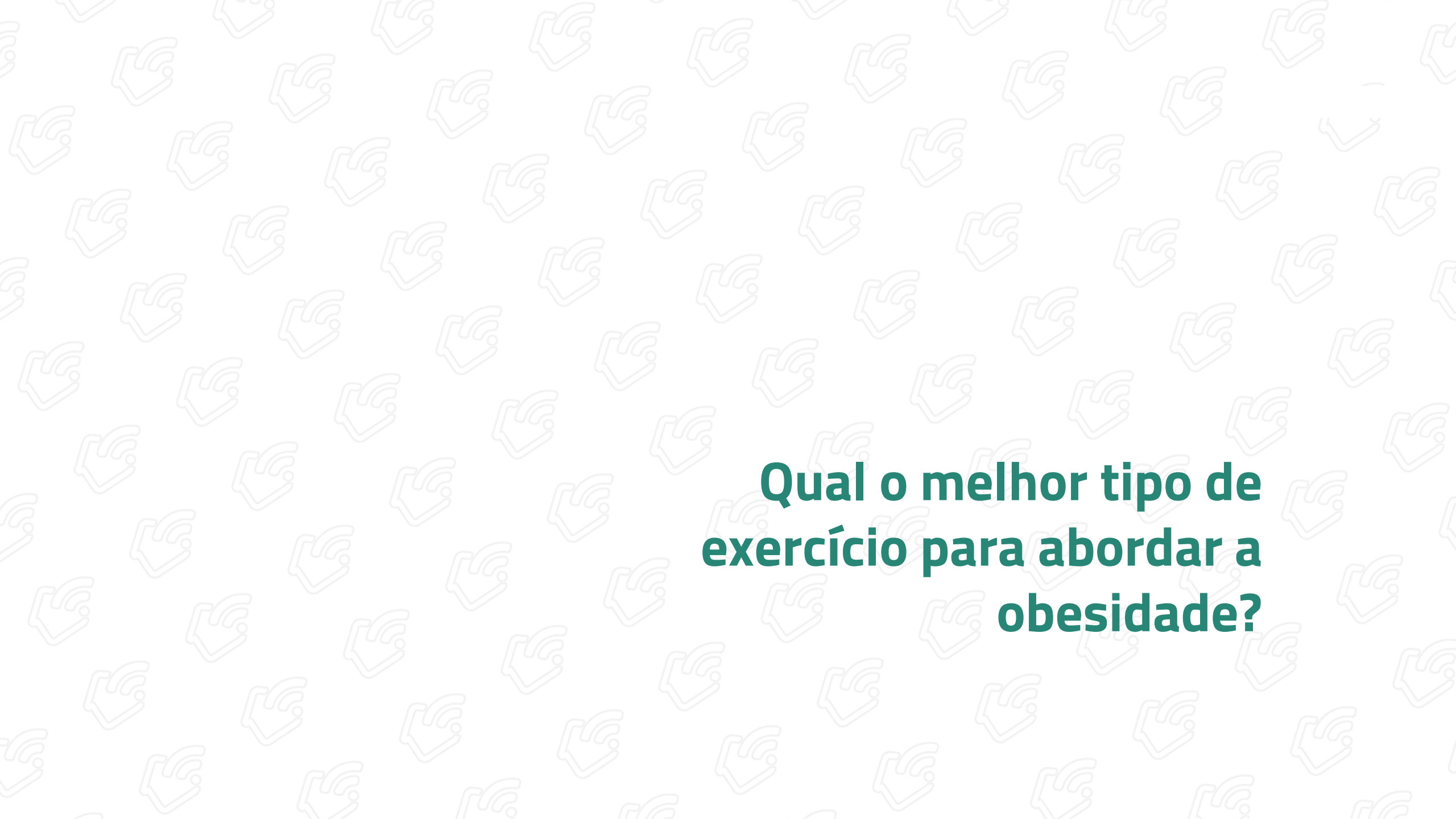
**Obesidade como doença crônica, evolutiva e recidivante /  
dieta associada / obesidade controlada / melhora da saúde  
independente da perda de peso**

- Preservação da massa óssea
- Melhora da qualidade de vida
- Prevenção e tratamento de co-morbidades (incluindo diabetes, DCV, demências, câncer...)
- Melhora do humor
- ...





Variação na infiltração de gordura muscular em três homens obesos. Imagens volumétricas de RM separadas de água e gordura de três homens com obesidade (IMC ~ 31 kg/m<sup>2</sup>) e idade semelhante (~ 68 anos) e volume de tecido adiposo visceral (VAT) (~ 6,3 L), mas infiltração de gordura muscular muito diferente ( MFI) nos músculos anteriores da coxa variando de 5,9% (esquerda) a 15,7% (direita).



**Qual o melhor tipo de  
exercício para abordar a  
obesidade?**

Volume 22, Issue S4

Special Issue: Exercise Training in Management of Obesity in Adults: Report from the EASO Physical Activity Working Group

July 2021

Issue Edited by: Manfred Müller

VOLUME 22 | SUPPLEMENT 4  
JULY 2021  
1467-7881

# OBESITY Reviews

EDITOR-IN-CHIEF  
David York, PhD

AN OFFICIAL JOURNAL OF THE WORLD OBESITY FEDERATION

Special Issue: Exercise Training in Management of Obesity in Adults: Report from the EASO Physical Activity Working Group

Guest Editor: Manfred Müller

WORLD OBESITY WILEY

obesity reviews

## Contents

### Editorial

e13254 Reports of the EASO physical activity working group: Diverse insights, evidence-based recommendations, and future perspectives  
*M. J. Müller*

### Introduction

e13272 Introduction  
*J.-M. Oppert*

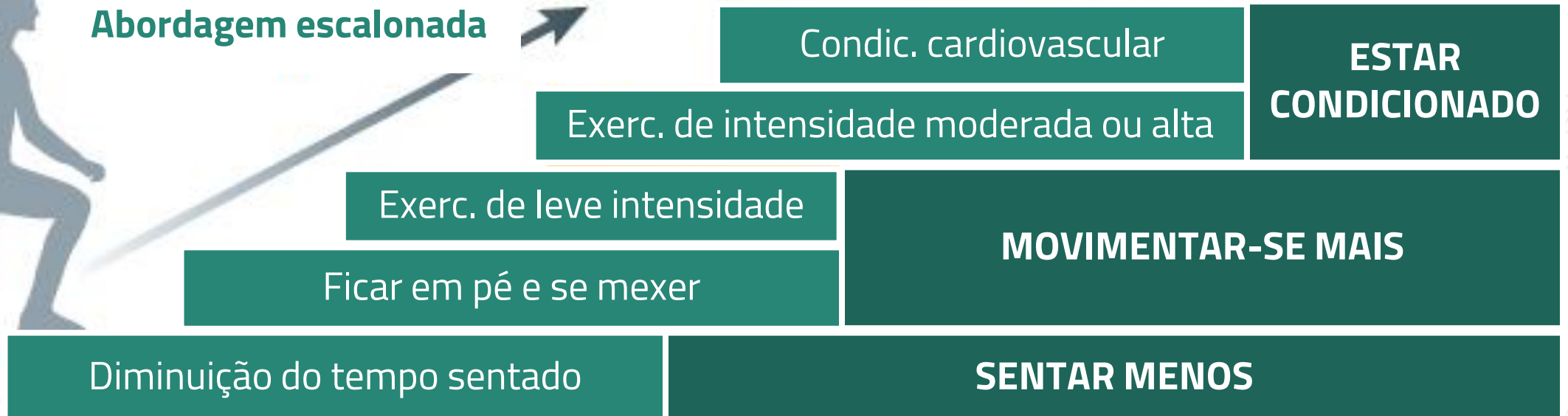
### Supplement Articles

- e13273 Exercise training in the management of overweight and obesity in adults: Synthesis of the evidence and recommendations from the European Association for the Study of Obesity Physical Activity Working Group  
*J.-M. Oppert, A. Bellicha, M. A. van Baak, F. Battista, K. Beaulieu, J. E. Blundell, E. V. Carraça, J. Encantado, A. Ermolao, A. Pramono, N. Farpour-Lambert, E. Woodward, D. Dicker & L. Busetto*
- e13256 Effect of exercise training on weight loss, body composition changes, and weight maintenance in adults with overweight or obesity: An overview of 12 systematic reviews and 149 studies  
*A. Bellicha, M. A. van Baak, F. Battista, K. Beaulieu, J. E. Blundell, L. Busetto, E. V. Carraça, D. Dicker, J. Encantado, A. Ermolao, N. Farpour-Lambert, A. Pramono, E. Woodward & J.-M. Oppert*
- e13269 Effect of exercise on cardiometabolic health of adults with overweight or obesity: Focus on blood pressure, insulin resistance, and intrahepatic fat—A systematic review and meta-analysis  
*F. Battista, A. Ermolao, M. A. van Baak, K. Beaulieu, J. E. Blundell, L. Busetto, E. V. Carraça, J. Encantado, D. Dicker, N. Farpour-Lambert, A. Pramono, A. Bellicha & J.-M. Oppert*
- e13239 Effect of different types of regular exercise on physical fitness in adults with overweight or obesity: Systematic review and meta-analysis  
*M. A. van Baak, A. Pramono, F. Battista, K. Beaulieu, J. E. Blundell, L. Busetto, E. V. Carraça, D. Dicker, J. Encantado, A. Ermolao, N. Farpour-Lambert, E. Woodward, A. Bellicha & J.-M. Oppert*
- e13251 Effect of exercise training interventions on energy intake and appetite control in adults with overweight or obesity: A systematic review and meta-analysis  
*K. Beaulieu, J. E. Blundell, M. A. van Baak, F. Battista, L. Busetto, E. V. Carraça, D. Dicker, J. Encantado, A. Ermolao, N. Farpour-Lambert, A. Pramono, E. Woodward, A. Bellicha & J.-M. Oppert*
- e13296 Effect of exercise training before and after bariatric surgery: A systematic review and meta-analysis  
*A. Bellicha, M. A. van Baak, F. Battista, K. Beaulieu, J. E. Blundell, L. Busetto, E. V. Carraça, D. Dicker, J. Encantado, A. Ermolao, N. Farpour-Lambert, A. Pramono, E. Woodward & J.-M. Oppert*
- e13261 Effect of exercise training on psychological outcomes in adults with overweight or obesity: A systematic review and meta-analysis  
*E. V. Carraça, J. Encantado, F. Battista, K. Beaulieu, J. E. Blundell, L. Busetto, M. van Baak, D. Dicker, A. Ermolao, N. Farpour-Lambert, A. Pramono, E. Woodward, A. Bellicha & J.-M. Oppert*
- e13258 Effective behavior change techniques to promote physical activity in adults with overweight or obesity: A systematic review and meta-analysis  
*E. Carraça, J. Encantado, F. Battista, K. Beaulieu, J. Blundell, L. Busetto, M. van Baak, D. Dicker, A. Ermolao, N. Farpour-Lambert, A. Pramono, E. Woodward, A. Bellicha & J.-M. Oppert*

Cirurgia bariátrica	Grau de recomendação
<p><b>12. Perda adicional de peso e gordura com exercícios após a cirurgia</b> Aconselhar um programa de treinamento de exercícios baseado em uma combinação de treinamento aeróbico e de resistência. Informar que a perda de peso e gordura adicional esperada é, em média, não superior a 2 a 3 kg.</p> <p><b>13. Aptidão física</b> Aconselhar um programa de treinamento de exercícios baseado em uma combinação de treinamento aeróbico e de resistência.</p> <p><b>14. Massa corporal magra</b> Aconselhar um programa de treinamento de exercícios baseado em uma combinação de treinamento aeróbico e de resistência.</p>	<p><b>A</b></p> <p><b>B</b></p> <p><b>A</b></p> <p><b>C</b></p>



## Abordagem escalonada



## **Melhores resultados:**

- Maior intensidade
- Maior tempo por semana
- Combinação de aeróbio + resistido

## **Progressão**

## **Interdisciplinaridade**

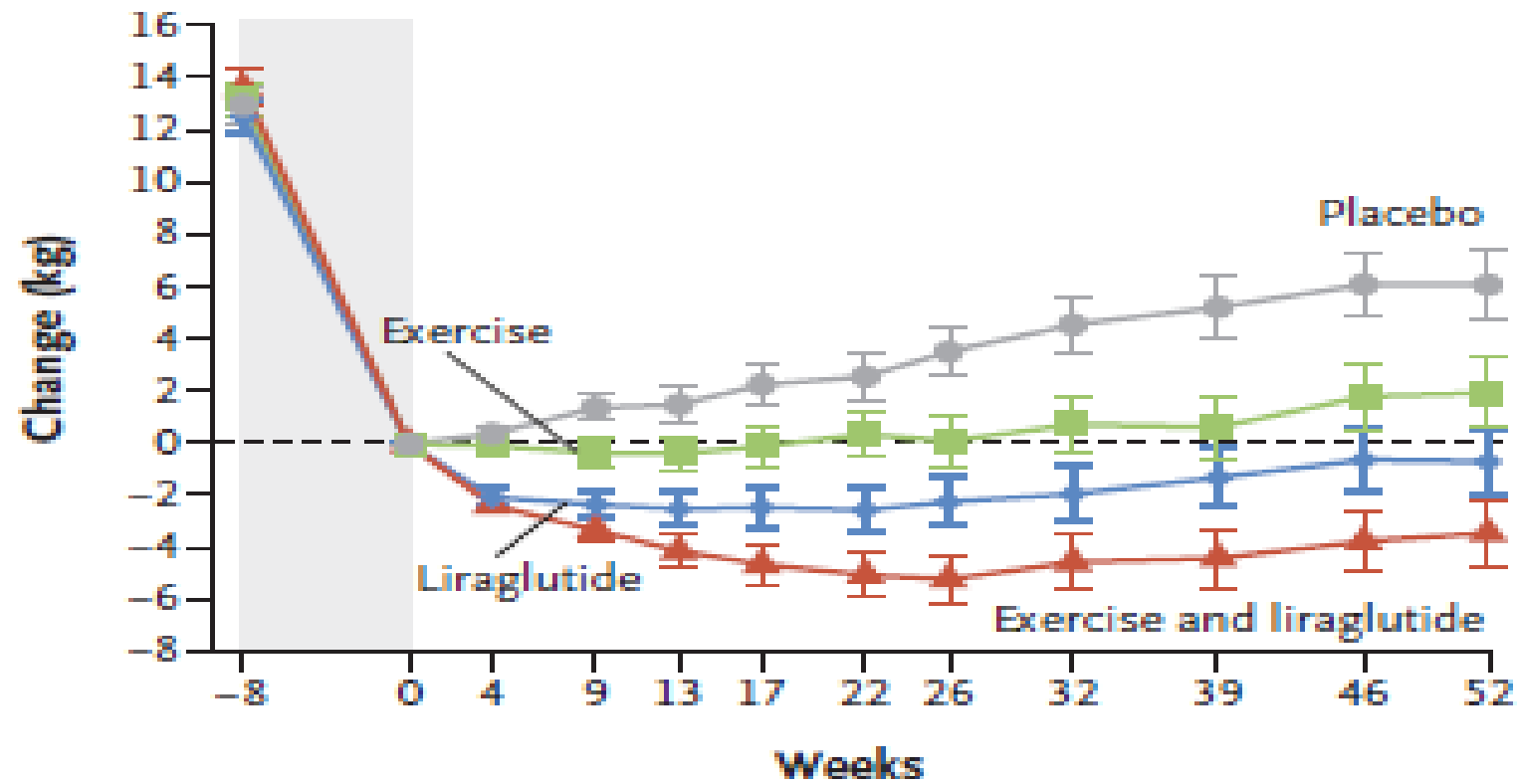
*Como o músculo  
é uma glândula endócrina...*

**O sedentarismo é uma  
doença endócrina, onde nossa maior glândula  
está hipofuncionante!!!**



## Healthy Weight Loss Maintenance with Exercise, Liraglutide, or Both Combined

Julie R. Lundgren, M.D., Ph.D., Charlotte Janus, Ph.D., Simon B.K. Jensen, M.Sc., Christian R. Juhl, M.D., Lisa M. Olsen, M.Sc., Rasmus M. Christensen, B.Sc.Med., Maria S. Svane, M.D., Ph.D., Thomas Bandholm, Ph.D., Kirstine N. Bojsen-Møller, M.D., Ph.D., Martin B. Blond, M.D., Ph.D., Jens-Erik B. Jensen, M.D., Ph.D., Bente M. Stallknecht, M.D., D.M.Sc., et al.



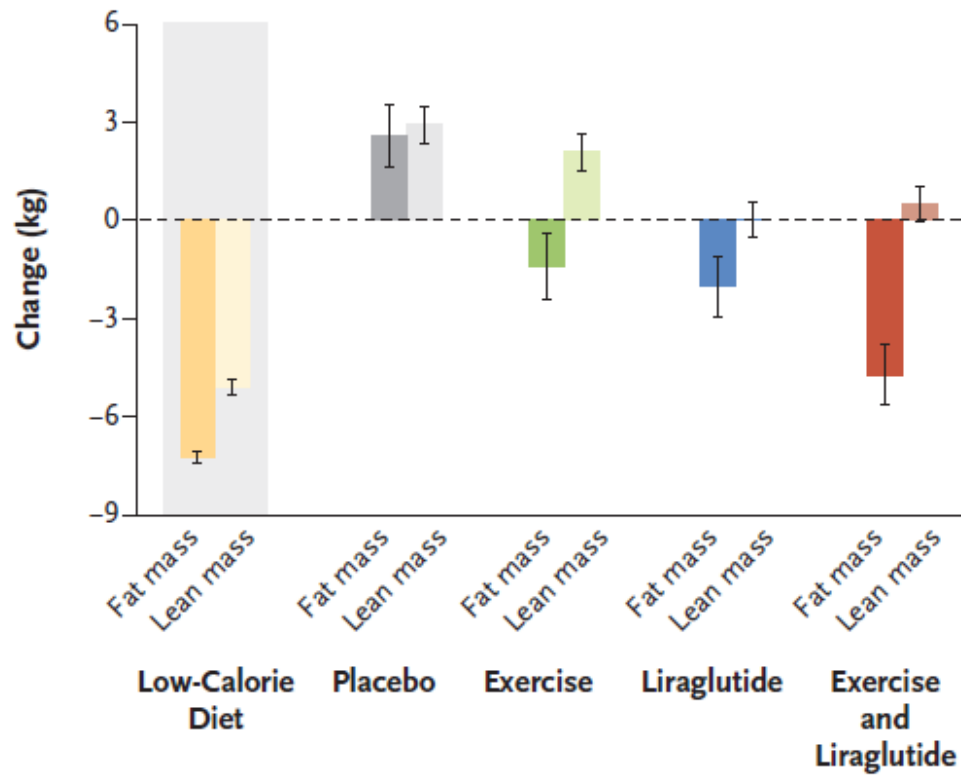




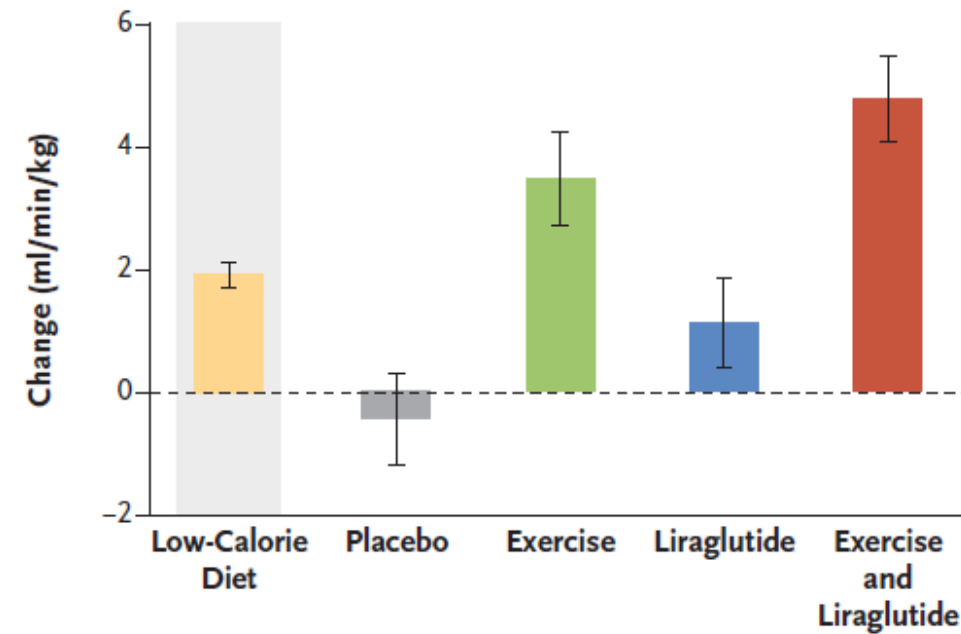
## Healthy Weight Loss Maintenance with Exercise, Liraglutide, or Both Combined

Julie R. Lundgren, M.D., Ph.D., Charlotte Janus, Ph.D., Simon B.K. Jensen, M.Sc., Christian R. Juhl, M.D., Lisa M. Olsen, M.Sc., Rasmus M. Christensen, B.Sc.Med., Maria S. Svane, M.D., Ph.D., Thomas Bandholm, Ph.D., Kirstine N. Bojsen-Møller, M.D., Ph.D., Martin B. Blond, M.D., Ph.D., Jens-Erik B. Jensen, M.D., Ph.D., Bente M. Stallknecht, M.D., D.M.Sc., [et al.](#)

### A Body Fat Mass and Lean Mass



### B Cardiorespiratory Fitness



# Tratamento farmacológico da obesidade

## **TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DO INDIVÍDUO ADULTO COM OBESIDADE E SEU IMPACTO NAS COMORBIDADES**

Atualização 2024 e **Posicionamento de Especialistas da Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica (Abeso)** e da **Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM)**

**Tabela 6.** Eficácia com 1 ano de tratamento de indivíduos com obesidade das medicações aprovadas para o tratamento da obesidade no Brasil

Medicação	Peso inicial (kg)	1 ano*	Percentual atingindo metas de perda de peso em 1 ano com medicação				
			> 5%	> 10%	> 15%	> 20%	> 25%
Sibutramina 10 mg <sup>181</sup>	-	-4,4 kg (SIB)/-1,6 kg (PLB) / ND	39	7	ND	ND	ND
Sibutramina 15 mg <sup>181</sup>	-	-6,4 kg (SIB)/-1,6 kg (PLB) / ND	57	34	ND	ND	ND
Orlistate 120 mg <sup>42</sup>	99,1 (61,0-148,6)	-3,9 kg / ND%	68,5	29,5 (perda entre 10,1 e 20,0%)		9,3	ND
Liraglutida 3,0 mg <sup>52</sup>	106,2 ± 21,2	-5,6 kg / -5,4%	63,2	33,1	14,4	ND	ND
Semaglutida 2,4 mg <sup>119</sup>	105,4 ± 22,1	-12,7 kg / -12,4%	86,4	69,1	50,5	32	ND
*Tirzepatida 10 mg <sup>161</sup>	105,6 ± 22,92	ND kg / -16,4%	88,9	78,1	66,6	50,1	32,3
*Tirzepatida 15 mg <sup>161</sup>	105,6 ± 22,92	ND kg / -17,8%	90,9	83,5	70,6	56,7	36,2
Naltrexona/bupropiona (N/B) 32/360 mg <sup>148</sup>	99,7 ± 15,9	-8,1% (N/B) / -1,8% (PLB)** -8,0 kg (N/B) / -1,9 kg (PLB)***	62	34	17	ND	ND

Observação: dados apresentados como média ± desvio-padrão, exceto orlistate – mediana (mínimo – máximo).

ND: informação não disponível na publicação original; SIB: sibutramina; PLB: placebo.

\* Diferença na perda de peso no grupo tratado versus o grupo placebo.

\*\* *Completers*.

\*\*\* Diferença na perda de peso no grupo tratado versus o grupo placebo não disponível no artigo.

**Tabela 7. Principais efeitos colaterais das medicações aprovadas para o tratamento da obesidade**

	<b>Mais de 10% dos pacientes</b>	<b>Efeitos específicos que merecem atenção</b>
<b>Sibutramina 10-15 mg</b>	Constipação, xerostomia, insônia	Taquicardia/aumento da frequência cardíaca, aumento da pressão arterial, cefaleia, ansiedade
<b>Orlistate 120 mg 3 x/dia</b>	Diarreia/esteatorreia/urgência, flatulência, infecções do trato respiratório superior/ gripe, cefaleia, hipoglicemia	Reações de hipersensibilidade, deficiência de vitaminas lipossolúveis no longo prazo
<b>Liraglutida 3,0 mg/dia</b>	Náusea e vômito, diarreia, constipação	Reações no local da injeção, aumento da frequência cardíaca, insônia, colelitíase, astenia e fadiga, hipoglicemia
<b>Semaglutida 2,4 mg/semana</b>	Náusea e vômito, diarreia, constipação, dor abdominal, cefaleia, fadiga	Reações no local da injeção, aumento da frequência cardíaca, colelitíase, hipoglicemia
<b>*Tirzepatida 10 e 15 mg/semana</b>	Hipoglicemia (quando utilizada com sulfonilureias ou insulina), náuseas, diarreia	Reações de hipersensibilidade, aumento da frequência cardíaca, reações no local da injeção
<b>Bupropiona + naltrexona 360/32 mg/dia</b>	Náusea, constipação, cefaleia, vômito	Pensamentos ou ações suicidas, convulsões, risco de dose excessiva com opioides, retirada repentina de opioides, reações alérgicas severas, aumento da pressão arterial ou da frequência cardíaca, hepatite, episódios de mania, glaucoma de ângulo fechado, hipoglicemia (quando utilizada com sulfonilureias ou insulina), síndrome serotoninérgica

**\*Até julho de 2024, a tirzepatida ainda não recebeu aprovação para o tratamento da obesidade no Brasil. Até esta data, a medicação foi aprovada APENAS para o tratamento do diabetes *mellitus* tipo 2.**

# Como identificar?

INSTRUTIVO DE ABORDAGEM  
**INDIVIDUAL** PARA MANEJO  
DA OBESIDADE NO SUS

Brasília - DF  
2024

# Simulação de caso

## **ETAPA 1: BUSCA ATIVA DE USUÁRIOS/AS COM OBESIDADE**

A equipe de Saúde da Família (eSF) da Unidade Básica de Saúde (UBS) Felicidade realizou levantamento, pelo SISVAN e força tarefa da equipe, dos/as usuários/as com obesidade visando identificar se as demandas de saúde estavam sendo atendidas. A eSF construiu um arquivo com fichas para cada um dos casos identificados e registrou o atendimento no SISAB em prontuário eletrônico.

Foram identificados/as 50 usuários/as com obesidade, sendo que 35 já participavam de grupos para tratamento da obesidade. Outros 15 usuários/as apresentavam baixa adesão ao grupo ou não conseguiam participar, como Geralda Amaral. Ela tem 55 anos, costuma ir até à UBS devido dores no joelho ou para acompanhar o marido, José, 80 anos, que possui diversas doenças crônicas. Ela possui obesidade grau II (IMC=38,5 kg/m<sup>2</sup>), comorbidades (apneia do sono, dislipidemia e tolerância diminuída à glicose), e sempre se queixa de cansaço.

## ETAPA 2: IDENTIFICAÇÃO DA PRONTIDÃO PARA MUDANÇA

No acolhimento, a/o enfermeira/o perguntou para Geralda se poderia falar sobre o seu peso, e após concordar, aplicou o instrumento de **Estratificação de Grupos para Manejo da Obesidade no SUS**. Geralda está no estágio de contemplação e pouco confiante para reduzir peso, relatando não ter tempo para grupos, pois tem muitas tarefas em casa. A/o enfermeira/o realizou o encaminhamento conforme a **Estratégia para o Cuidado da Pessoa com Obesidade no SUS** para que ela fosse atendida pela eSF e participasse do Grupo Motivacional.

**Enfermeira/o:** *Geralda, segundo os resultados da avaliação que fizemos, a senhora está com obesidade grau II. Avaliamos também a prontidão para reduzir peso para nos ajudar a direcionar o tratamento. Como a senhora não pretende reduzir peso nos próximos 30 dias e relatou dificuldades para essa mudança devido aos cuidados com o seu marido, a senhora foi classificada no estágio de “contemplação”, ou seja, ainda há muitos obstáculos para começar o tratamento da obesidade. Gostaria de convidá-la então para participar de um Grupo Motivacional, ele tem poucos encontros, o que facilita a senhora conciliar com os cuidados do seu marido; além disso, é voltado para pessoas como a senhora. É apenas um encontro por mês nos próximos 3 meses. No grupo vamos discutir os obstáculos enfrentados para cuidar de sua saúde; e nas consultas vamos continuar acompanhando a senhora e falando mais sobre suas dificuldades. O que acha?*

### ETAPA 3: AVALIAÇÃO ABRANGENTE

#### **1ª consulta: médica/o**

Na consulta, a/o médica/o compartilhou com Geralda a preocupação da equipe com a sua saúde e qualidade de vida. Mencionou a necessidade de identificar os determinantes da apneia do sono, da obesidade e das alterações de colesterol e glicose, além de avaliar as dimensões SIFE (sentimentos, ideias, funcionamento e expectativas) em relação à obesidade.

**Médica/o:** *Então, Geralda, nossa equipe se reuniu essa semana para pensar em como podemos ajudá-la a cuidar de sua saúde, incluindo as questões do sono, peso, colesterol e diabetes. Parece que tudo isso vem atrapalhando a senhora a dormir, fazer suas tarefas diárias e se sentir bem. Para começar, vamos entender um pouco mais como está a saúde da senhora. Nós já conhecemos os resultados dos seus últimos exames, a/o enfermeira/o já anotou seu peso e os valores da pressão arterial. A senhora poderia me contar mais sobre o seu cansaço? Por que se sente sobrecarregada? Tem muito tempo que a senhora tem esse sentimento?*

**Geralda:** *Ah, tem um bom tempo sim. Tenho dois filhos, o Lucas e o Paulo. Paulo me ajudava muito, mas casou e foi morar em outra cidade. Desde então, fiquei com todos os cuidados da casa e do José. Há tempos que venho com essa falta de ânimo, cansada, sem a disposição de antes, e muito preocupada com a saúde do José.*

**Médica/o:** *Entendi, e o quanto e como a falta de ânimo e o cansaço têm preocupado a senhora?*

**Geralda:** *Sinceramente, fico muito preocupada. Enquanto estou tentando dormir, fico pensando em tudo isso... Se é normal... Aí não durmo, fico ansiosa, aí penso e assim vai.*

**Médica/o:** *Ah entendi, fica difícil pegar no sono com tanta preocupação. E como tem sido a alimentação?*



**Médica/o:** *Ah entendi, fica difícil pegar no sono com tanta preocupação. E como tem sido a alimentação?*

**Geralda:** *Ah! Eu como duas vezes ao dia, porque não dá tempo de fazer mais refeições, é casa para arrumar, é ajudar no banho do José, sair para fazer compras, fazer comida para meu filho levar para o trabalho, e por aí vai. Tem dia que é só café com pão ou biscoito mesmo. O meu problema é tempo! Sei que tenho que comer mais fruta. Mas, nem sempre consigo comprar. A/O enfermeira/o até me encaminhou para um grupo com a nutricionista. Mas, como que participa? Não tenho ninguém pra ficar com o Zé.*

A/o médica/o seguiu com a anamnese e solicitou alguns exames bioquímicos, procurando mostrar para Geralda que compreende que a sua rotina em casa tem dificultado os cuidados com a saúde e participação nas atividades na unidade. Mas, que também é importante ela se cuidar, e que pode contar com o apoio da equipe, inclusive mudarão suas orientações de forma a melhor adaptar à rotina dela e da família. A/o médica/o levou, então, o caso de Geralda para discussão na reunião de matriciamento com a equipe interdisciplinar da unidade.

## **ETAPA 4: CONSTRUÇÃO CONJUNTA DO PLANO DE CUIDADO**

### **Matriciamento**

Na reunião de matriciamento, os/as profissionais discutiram um Plano de Cuidado para Geralda considerando sua rotina diária, o acúmulo de responsabilidades e as dificuldades para aderir ao Grupo Motivacional.

Foi pensado um acompanhamento individual longitudinal, apoiado na Entrevista Motivacional, incluindo encontros presenciais intercalados pela/o médica/o, enfermeira, nutricionista e profissional de Educação Física (**Quadro 1**). O telemonitoramento também foi sugerido para manter o contato contínuo, sendo responsáveis o/a Agente Comunitário de Saúde (ACS) e técnico/a de enfermagem da eSF, com possibilidade da participação de outros/as profissionais. Por seu histórico e ausência de suporte familiar e social, Geralda é uma usuária para Abordagem Intensiva, com consultas mais longas e com menor intervalo de tempo.

**Quadro 1 – Planejamento para abordagem individual Intensiva da Geralda**

<b>Encontro</b>	<b>Intervalo</b>	<b>Atividades</b>	<b>Profissional</b>
<b>1º</b>	-	Avaliação abrangente para identificar os determinantes sociais de saúde	Médica/o
<b>2º</b>	<b>15 dias</b>	Apresentação da proposta de Plano de Cuidado para discussão e consentimento da usuária	Enfermeira/o
<b>3º</b>	<b>15 dias</b>	Construção da balança de decisões, sensibilização para o autocuidado	Nutricionista
<b>Telemonitoramento</b>		ACS	
<b>4º</b>	<b>15 dias</b>	Reflexão sobre balança de decisões, aplicação da técnica dos 5 R's (Relevância, Riscos, Recompensas, Obstáculos e Repetição) e sensibilização para o autocuidado	Profissional de Educação Física
<b>5º</b>	<b>15 dias</b>	Reflexão sobre a técnica dos 5R's e sensibilização para o autocuidado	Nutricionista

<b>6°</b>	<b>30 dias</b>	Reflexão sobre a técnica dos 5R's, sensibilização para o autocuidado e orientação para automonitoramento	Profissional de Educação Física
<b>Telemonitoramento</b>		ACS	
<b>7°</b>	<b>30 dias</b>	Avaliação do automonitoramento e reaplicação da <b>Estratificação de Grupos para Manejo da Obesidade no SUS</b>	Enfermeira/o
<b>Telemonitoramento</b>		Técnico/a de Enfermagem	
<b>8°</b>	<b>30 dias</b>	Aconselhamento nutricional, avaliação do automonitoramento e participação Grupo Terapêutico 1	Médica/o
<b>9°</b>	<b>30 dias</b>	Aconselhamento nutricional e avaliação do automonitoramento	Nutricionista
<b>Telemonitoramento:</b>		Técnico/a de enfermagem	
<b>10°</b>	<b>30 dias</b>	Aconselhamento para prática de atividade física e avaliação do automonitoramento	Profissional de Educação Física
<b>11°</b>	<b>45 dias</b>	Aconselhamento nutricional e para prática de atividade física, e avaliação do automonitoramento	Enfermeira/o
<b>Telemonitoramento:</b>		Técnico/a de enfermagem	
<b>12°</b>	<b>45 dias</b>	Alta do acompanhamento individual, manutenção do Grupo Terapêutico 1 e do acompanhamento longitudinal com eSF	Médica/o
<b>Telemonitoramento:</b>		ACS	

## Anexo A - Escala de Compulsão Alimentar Periódica (Ecap)

Nome: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Lista de verificação dos hábitos alimentares

#### Instruções:

Você encontrará abaixo grupos de afirmações numeradas. Leia todas as afirmações em cada grupo e marque aquela que melhor descreve o modo como você se sente em relação aos problemas que tem para controlar seu comportamento alimentar.

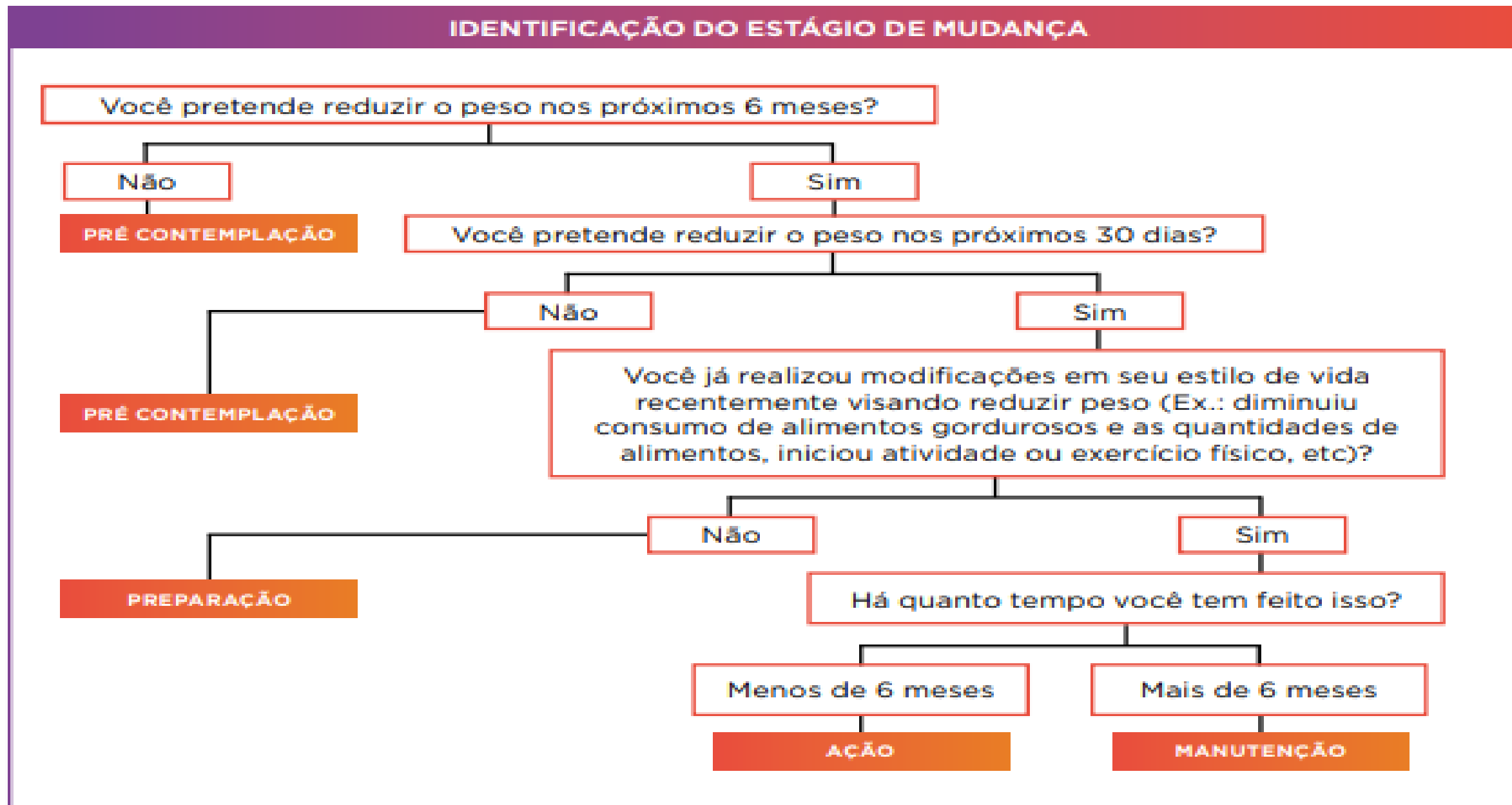
#### **# 1**

- 1. Eu não me sinto constrangido(a) com o meu peso ou o tamanho do meu corpo quando estou com outras pessoas.
- 2. Eu me sinto preocupado(a) em como pareço para os outros, mas isto, normalmente, não me faz sentir desapontado(a) comigo mesmo(a).
- 3. Eu fico mesmo constrangido(a) com a minha aparência e o meu peso, o que me faz sentir desapontado(a) comigo mesmo(a).

## Anexo B - Estratificação de grupos para manejo da obesidade.

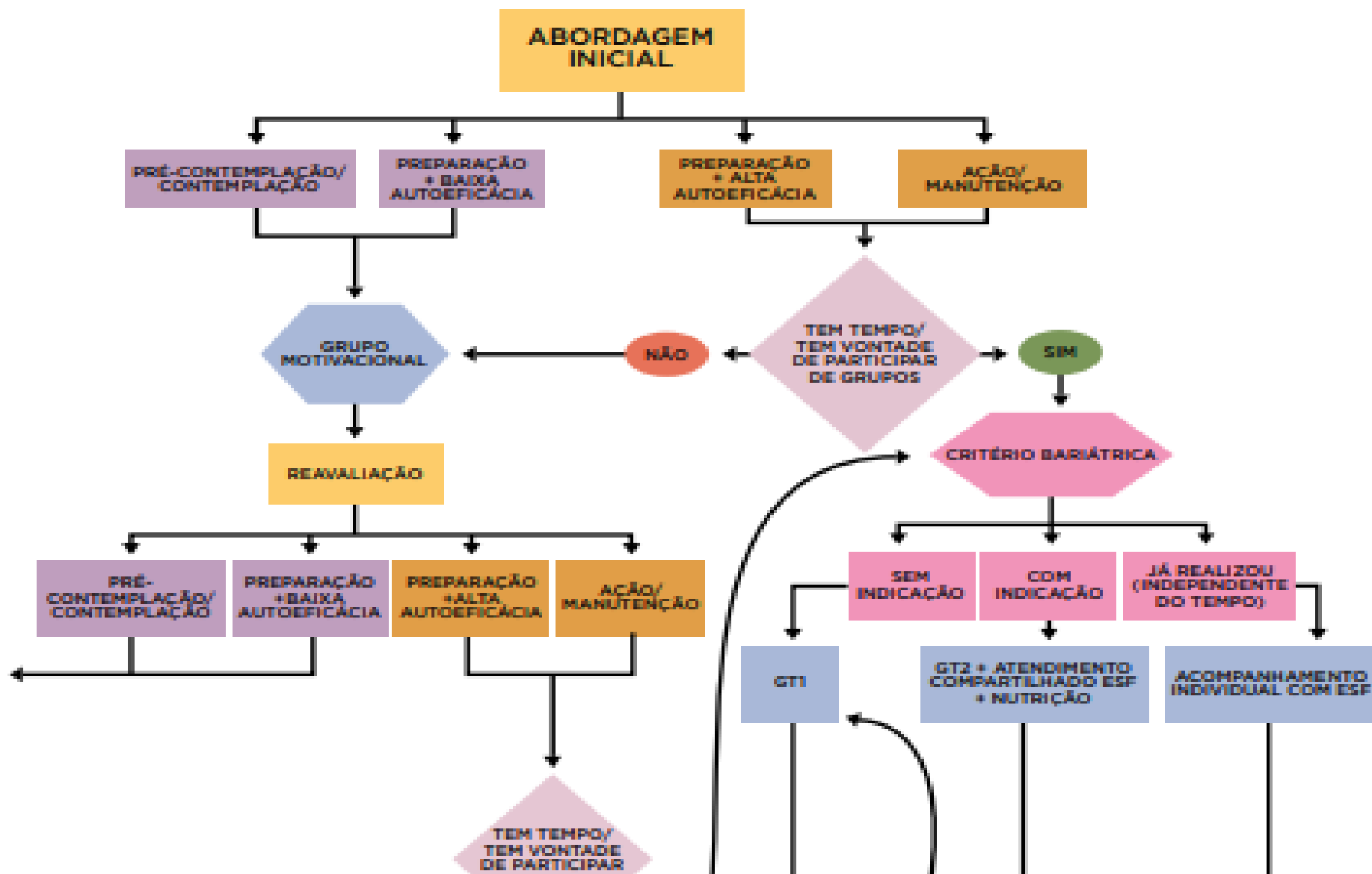
Parte 1 - Realizada com TODOS os usuários		
Nome completo:		
Número do prontuário ou do Cartão Nacional de Saúde:		
Telefone de contato: ( )		Equipe de saúde:
Peso (aferir): _____ kg	Altura (aferir): _____ m	IMC: _____ Kg/m <sup>2</sup> IMC=peso/(altura*altura)
Classificação do IMC adultos (WHO, 2000): ___ Baixo peso (IMC < 18,5 kg/m <sup>2</sup> ) ___ Peso normal (IMC ≥ 18,5 e < 24,9 kg/m <sup>2</sup> ) ___ Sobrepeso (IMC ≥ 25,0 e < 29,9 kg/m <sup>2</sup> ) ___ Obesidade (IMC ≥ 30,0 kg/m <sup>2</sup> )	Classificação do IMC idosos (NSI, 1994): ___ Magreza (IMC ≤ 22,0 kg/m <sup>2</sup> ) ___ Eutrofia (IMC > 22,0 e < 27,0 kg/m <sup>2</sup> ) ___ Sobrepeso (IMC ≥ 27,0 kg/m <sup>2</sup> )	
<i>Se o usuário não for identificado com obesidade, indique as ações pertinentes ofertadas na unidade de saúde, sobretudo as de promoção da alimentação adequada e saudável.</i>		
Parte 2: Realizada apenas com usuários COM obesidade		
Disponibilidade para grupos		
Você quer participar de grupos com duração de 6 meses ou mais? ( ) Sim ( ) Não		

## Anexo B - Estratificação de grupos para manejo da obesidade.



# Anexo C - Estratégia de Cuidado da Pessoa com Obesidade na Atenção Primária

## FLUXO DO CUIDADO DA PESSOA COM OBESIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE



Para mais detalhes sobre o PTS e o Atendimento Único de Saúde.

ACOMPANHAMENTO INDIVIDUAL LONGITUDINAL COM ESTRATÉGIAS DE TRABALHO MOTIVACIONAL PARA O CUIDADO DA OBESIDADE

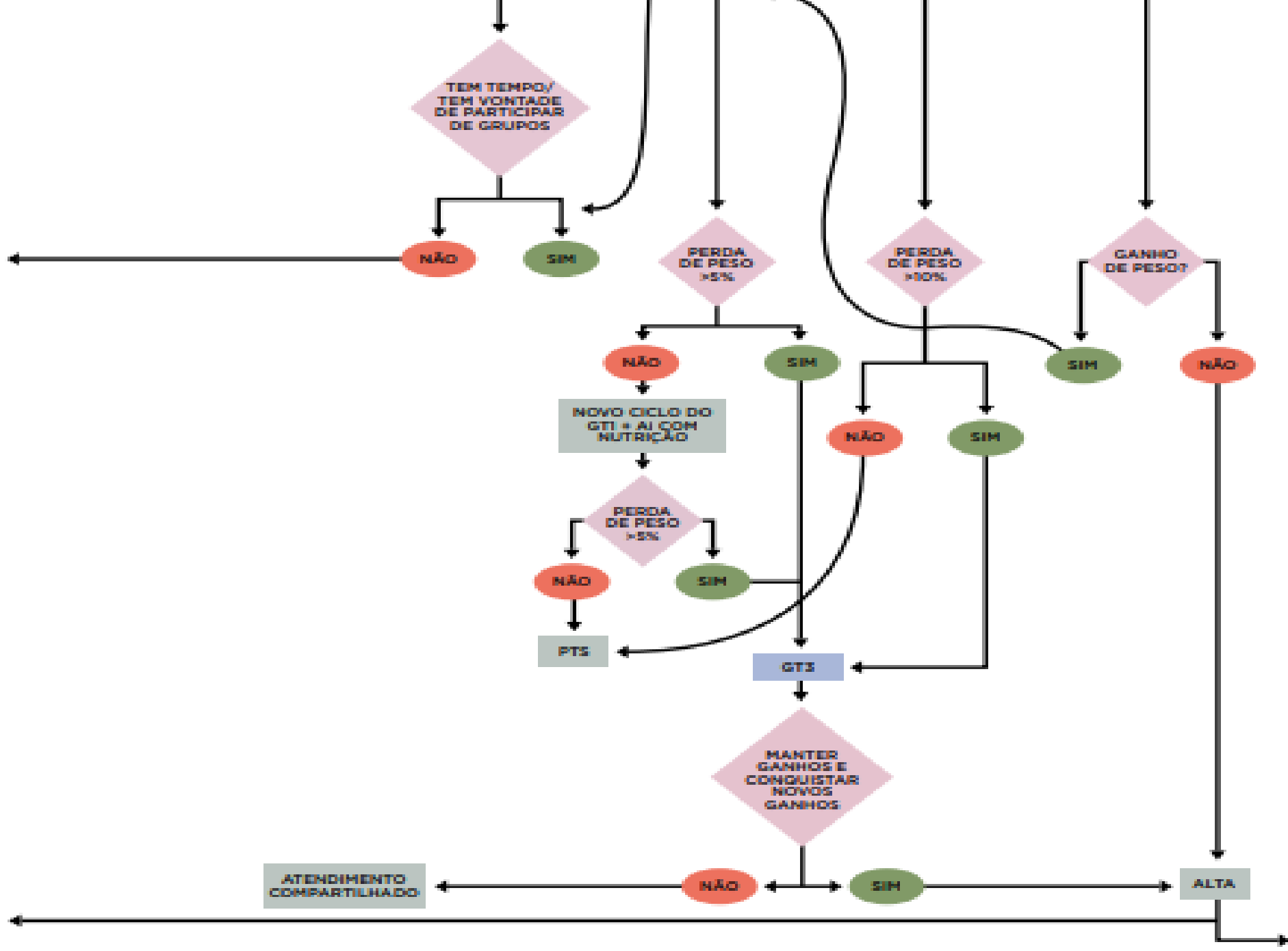
PRÁTICA DE EXERCÍCIO FÍSICO E/OU ATIVIDADE



Fonte: Elaborado pelos autores.

Nota: AI = Atendimento Individual; PTS= Projeto Terapêutico Singular; GT = Grupo Terapêutico. Para mais detalhes consulte o Material Teórico para Suporte ao Manejo da Obesidade no Sistema Único de Saúde.

ATENÇÃO COM ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) OU EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA:  
A OBESIDADE E INFORMAR SOBRE OPÇÕES DE TRATAMENTO DISPONÍVEIS NA UNIDADE.



OU ATIVIDADE FÍSICA COM ACOMPANHAMENTO PROFISSIONAL LONGITUDINAL

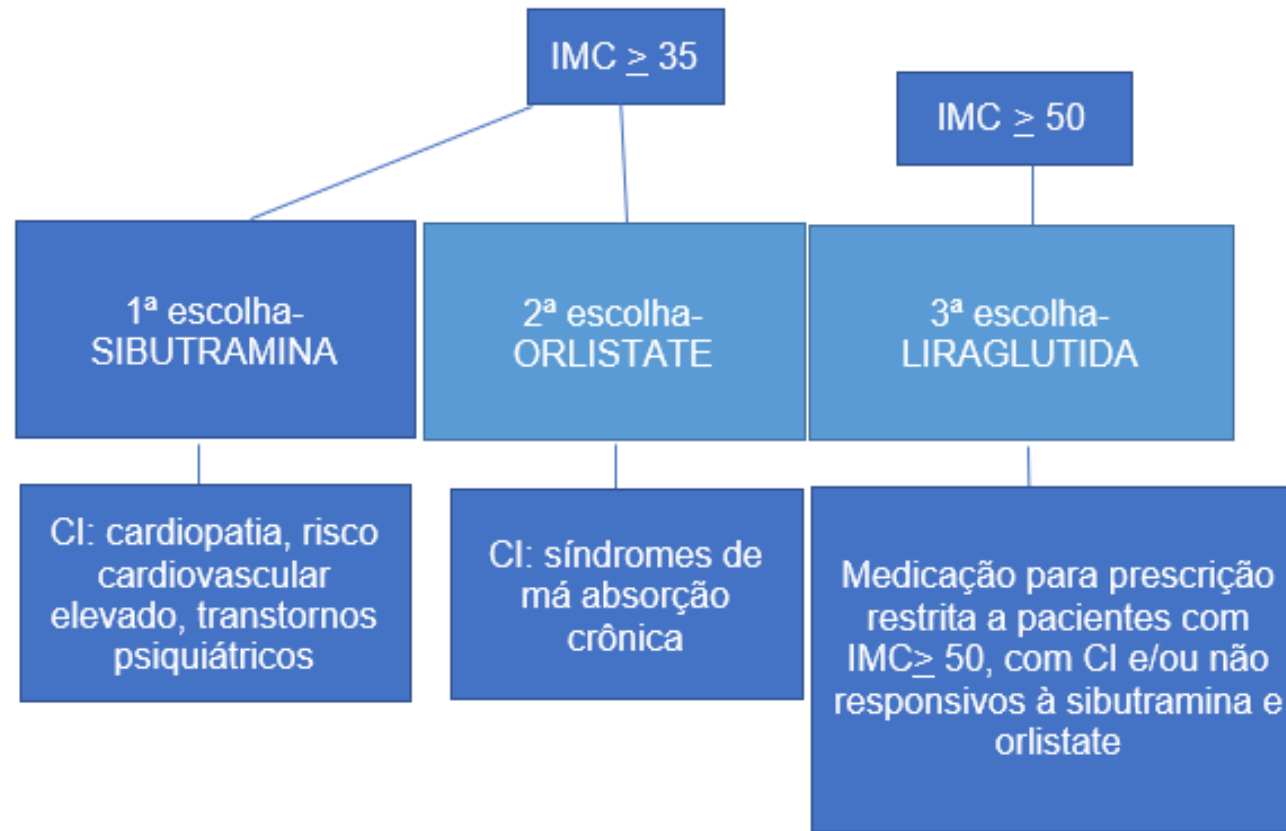
# Será que usamos (temos tempo para usar) as ferramentas que temos?



<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/ecv/publicacoes/guia-de-atividade-fisica-para-populacao-brasileira/view>

[https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/publicacoes-para-promocao-a-saude/guia\\_alimentar\\_populacao\\_brasileira\\_2ed.pdf/view](https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/publicacoes-para-promocao-a-saude/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf/view)

# Não tratar a OBESIDADE como PATOLOGIA leva ao estigma e marginalização – EX. de protocolo clínico RJ



**Protocolo IEDE para tratamento clínico obesidade – Rio de Janeiro**



# Diabetes Mellitus tipo 2

## Indicações para rastreamento de DM2 em adultos assintomáticos<sup>2</sup>

- Idade acima de 35 anos (universal)
- Idade abaixo de 35 anos com sobrepeso ou obesidade, e mais um fator de risco
  - História familiar de DM2 em parente de primeiro grau
  - História de doença cardiovascular
  - Hipertensão arterial
  - HDL abaixo de 35 mg/dl
  - Triglicerídeos acima de 250 mg/dl
  - Síndrome de ovários policísticos
  - Acantose nigricans
  - Sedentarismo
- Pré-diabetes em exame prévio
- Diabetes gestacional prévio ou recém-nato grande para idade gestacional
- FINDRISC alto ou muito alto

# AVALIAÇÃO DE RISCO DE DIABETES TIPO 2

Circule a alternativa correta e some os seus pontos.

## 1. Idade

- 0 p. Abaixo de 45 anos
- 2 p. Entre 45-54 anos
- 3 p. Entre 55-64 anos
- 4 p. Acima de 64 anos

## 2. Índice de massa corporal (IMC) (Ver verso do formulário)

- 0 p. Abaixo de 25kg/m<sup>2</sup>
- 1 p. 25-30kg/m<sup>2</sup>
- 3 p. Acima de 30kg/m<sup>2</sup>

## 3. Circunferência da cintura medida abaixo das costelas (geralmente na altura do umbigo)

### HOMENS

- 0 p. Menor que 94cm
- 3 p. 94-102 cm
- 4 p. Maior que 102 cm

### MULHERES

- Menor que 80 cm
- 80-88 cm
- Maior que 88 cm



## 4. Você pratica pelo menos 30 minutos de atividade física diária no trabalho e/ou durante o horário de lazer (incluindo as atividades diárias normais)?

- 0 p. Sim
- 2 p. Não

## 5. Com que frequência você come legumes, verduras, frutas ou grãos?

- 0 p. Todos os dias
- 1 p. Não todos os dias

## 6. Você já tomou regularmente algum medicamento para pressão alta?

- 0 p. Não
- 2 p. Sim

## 7. Alguma vez você já apresentou glicose alta no sangue (por exemplo, em um exame médico de rotina, durante uma doença, durante gravidez)?

- 0 p. Não
- 5 p. Sim

## 8. Algum membro de sua família ou parente próximo já foi diagnosticado com diabetes (tipo 1 ou tipo 2)?

- 0 p. Não
- 3 p. Sim: avós, tia, tio ou primo de 1º grau (exceto pai, mãe, irmão, irmã ou filhos)
- 5 p. Sim: pai, mãe, irmão, irmã ou filho

## Pontuação Total de Risco

O risco de desenvolver diabetes tipo 2 em 10 anos é:

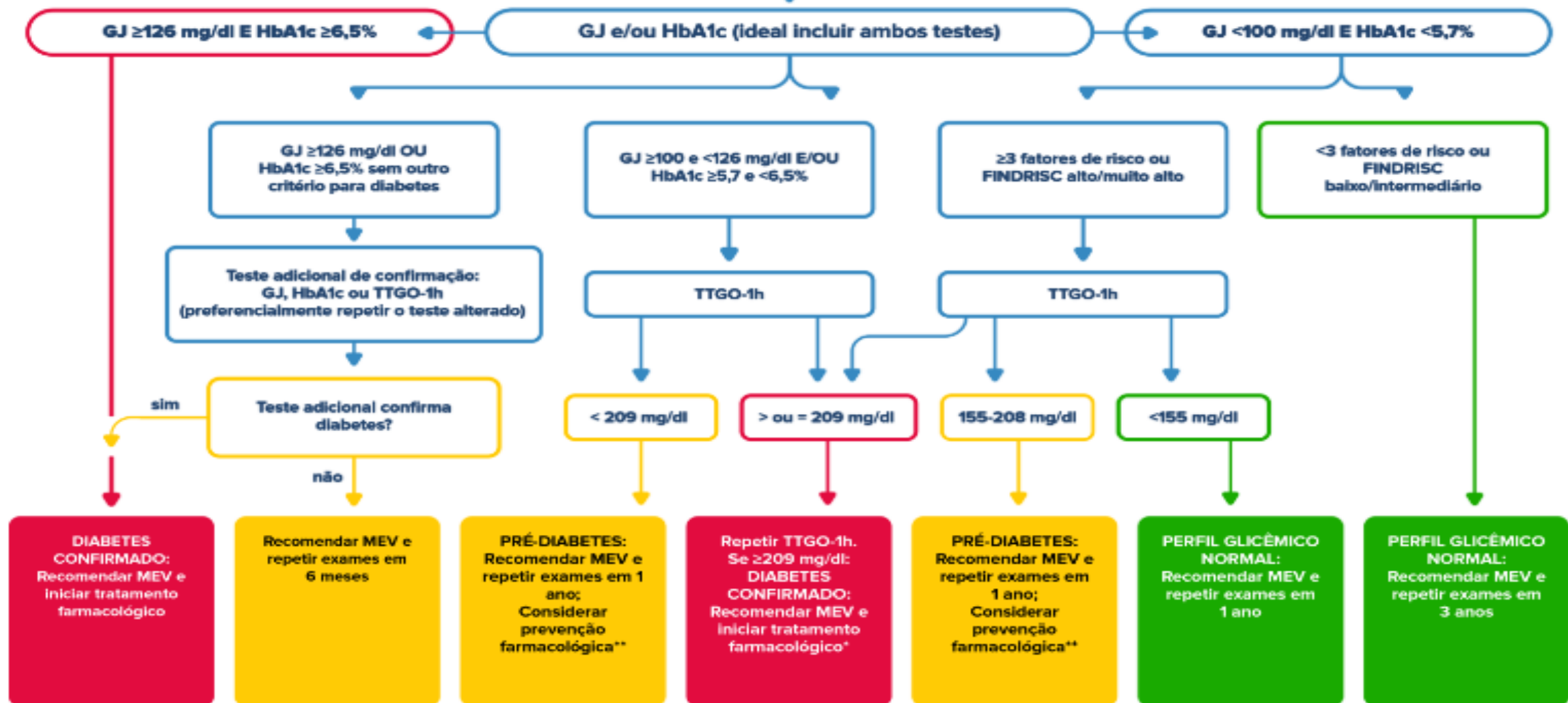
- Menor que 7 Baixo: cerca de 1 em cada 100 pessoas irá desenvolver a doença
- 7-11 Levemente elevado: cerca de 1 em cada 25 pessoas irá desenvolver a doença
- 12-14 Moderado: cerca de 1 em cada 6 pessoas irá desenvolver a doença
- 15-20 Alto: cerca de 1 em cada 3 pessoas irá desenvolver a doença
- Maior que 20 Muito alto: cerca de 1 em cada 2 pessoas irá desenvolver a doença

Por favor, cite o verso

# RASTREAMENTO DE DM2 EM ADULTOS ASSINTOMÁTICOS

## Recomendado para:

- Idade  $\geq 35$  anos OU
- Idade  $< 35$  anos com excesso de peso + 1 ou mais fatores de risco para diabetes OU
- Idade  $< 35$  anos + FINDRISC alto/muito alto



**R1. É RECOMENDADO** utilizar, como critérios de diagnóstico de DM, a glicemia de jejum maior ou igual a 126 mg/dl, a HbA1c maior ou igual a 6,5%, a glicemia no TTGO-1h maior ou igual a 209 mg/dl ou a glicemia no TTGO- 2h maior ou igual a 200 mg/dl. Se somente um exame estiver alterado, este deverá ser repetido para confirmação.

- O ponto de corte de HbA1c de 6,5% tem uma sensibilidade de 47-67% e uma especificidade de 98-99% para o diagnóstico de DM, em relação ao TTGO-2h.<sup>14-17</sup>
- Dados brasileiros também corroboram a baixa sensibilidade e alta especificidade da HbA1c para diagnóstico de DM, em relação ao TTGO-2h.<sup>18</sup>



## MANEJO DA TERAPIA ANTIDIABÉTICA EM ADULTOS COM DM2 E SEM DOENÇA CARDIORRENAL

**NA PRIMEIRA AVALIAÇÃO E PERIODICAMENTE, DURANTE O SEGUIMENTO**

- **AVALIAR A ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR, IMC, TFG E HbA1c**
- **INICIAR OU REFORÇAR AS ABORDAGENS NÃO FARMACOLÓGICAS:** controle do peso; intervenção nutricional; exercícios físicos; diminuição do tempo sentado; melhora da duração do sono; interromper o tabagismo; manejo do estresse; considerar monitorização contínua de glicose

**HbA1c 6,5%-7,5%**

No alvo ou <0,5% acima do alvo

**HbA1c >7,5-9,0%**

0,5%-2% acima do alvo

**HbA1c >9%**

>2% acima do alvo

**HbA1c >9% com sintomas**

>2% acima do alvo

### TERAPIA INICIAL

#### Iniciar METFORMINA

Se HbA1c permanecer acima do alvo, TERAPIA DUPLA é recomendada

Adicionalmente, considerar os seguintes

SE ALTO OU MUITO ALTO RISCO ASCVD



ASSOCIAR AD1 PARA PROTEÇÃO CV

Se alto risco ASCVD, iSGLT2 ou AR GLP-1 devem ser considerados

Se muito alto risco ASCVD, iSGLT2 ou AR GLP-1 são recomendados

SE OBESIDADE



AR GLP-1 OU COAGONISTAS DO RECEPTOR DE GIP/GLP-1

devem ser considerados para perda de peso

Se alto/muito alto risco ASCVD, AR GLP-1 devem ser a escolha

TERAPIA DUPLA recomendada  
TERAPIA TRIPLA pode ser considerada

**DUPLA:**  
Metformina + AD1 (se alto/muito alto risco ASCVD);  
Metformina + AR GLP-1 ou coagonistas do receptor de GIP/GLP-1 (se obesidade);  
Metformina + qualquer AD (se nenhum dos acima)

TERAPIA DUPLA recomendada  
TERAPIA TRIPLA deve ser considerada

**DUPLA:**  
Metformina + AD1 (se alto/muito alto risco ASCVD);  
Metformina + AR GLP-1 ou coagonistas do receptor de GIP/GLP-1 (se obesidade);

**TRIPLA:** Metformina + qualquer 2 outros AD ou TBI\*

### INTENSIFICAÇÃO: Se HbA1c acima do alvo

TERAPIA TRIPLA recomendada

Preferencialmente com metformina + iSGLT2 + AR GLP-1  
Alternativamente, qualquer 3 AD combinados podem ser considerados  
TBI\* pode ser considerada

Se HbA1c acima do alvo

TERAPIA QUÁDRUPLA deve ser considerada

Qualquer 4 AD, incluindo iSGLT2, AR GLP-1, iDPP-4, pioglitazona, sulfonilureias, Coagonistas do receptor de GIP/GLP-1 e TBI\* devem ser considerados

Se HbA1c acima do alvo

TBI\* recomendada

\* Se o paciente não estiver em uso do AR GLP-1, coformulações de insulina/AR GLP-1 devem ser consideradas

TBI recomendada



COFORMULAÇÕES DE INSULINA BASAL/AR GLP-1 devem ser consideradas

Se hiperglicemia aguda grave, cetoacidose, comorbidades agudas, necessidade de cirurgia ou procedimentos invasivos ou Suspeita de diabetes autoimune:



TBI recomendada:  
INSULINA BASAL  
TERAPIA BASAL-BOLUS  
INSULINA INTRAVENOSA  
devem ser consideradas apropriadamente



Se obesidade ou sobrepeso com sintomas leves. Combinação de INSULINA BASAL + AR GLP-1 titulado para as maiores doses aprovadas para perda de peso deve ser considerada

Depois de clinicamente estável, terapia DUPLA OU TRIPLA deve ser considerada em substituição à TBI\*

### LEGEND:

ASCVD: Doença cardiovascular aterosclerótica

AD1: Antidiabéticos com benefício cardiovascular comprovado  
AR GLP-1 e iSGLT2

AD: Agentes redutores de glicose

iDPP-4 (alogliptina, evogliptina, linagliptina, saxagliptina, sitagliptina e vildagliptina), pioglitazona, sulfonilureias (preferir glicemiprida ou gliclazida MR) e coagonistas do receptor de GIP/GLP-1

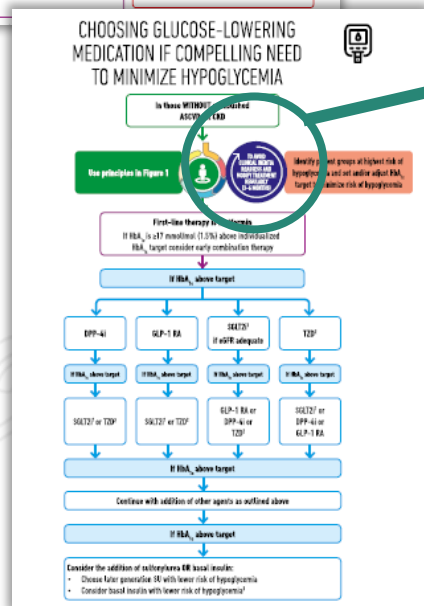
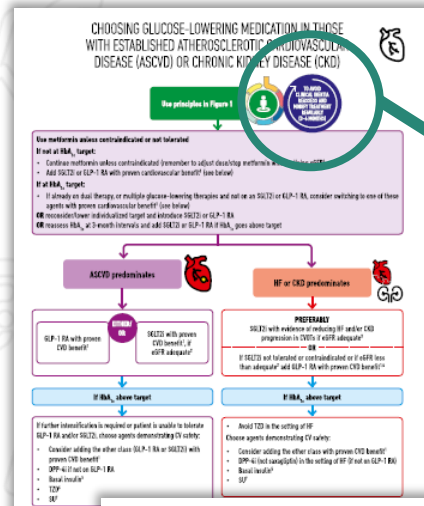
TBI: Terapia baseada em insulina

Coformulações de insulina basal/AR GLP-1, insulina basal e terapia basal-bolus

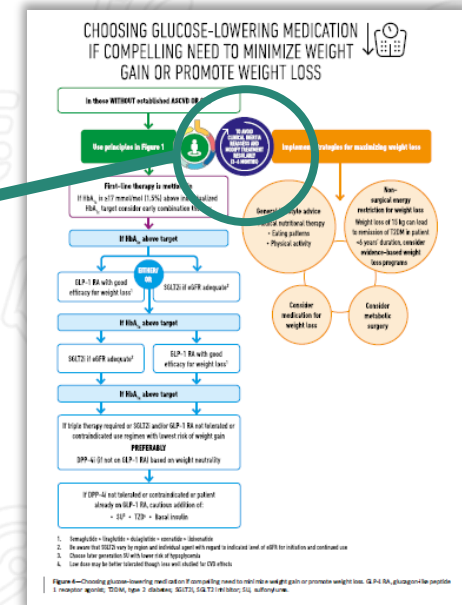
The background of the image is a repeating pattern of stylized hands. Each hand is depicted in a light gray outline, with fingers slightly curled as if holding or supporting something. The hands are arranged in a staggered grid across the entire page. In the center of the image, the text "INÉRCIA CLÍNICA" is written in a bold, dark green, sans-serif font. The text is centered both horizontally and vertically.

# INÉRCIA CLÍNICA

# Consenso ADA/EASD 2022: combate à inércia terapêutica

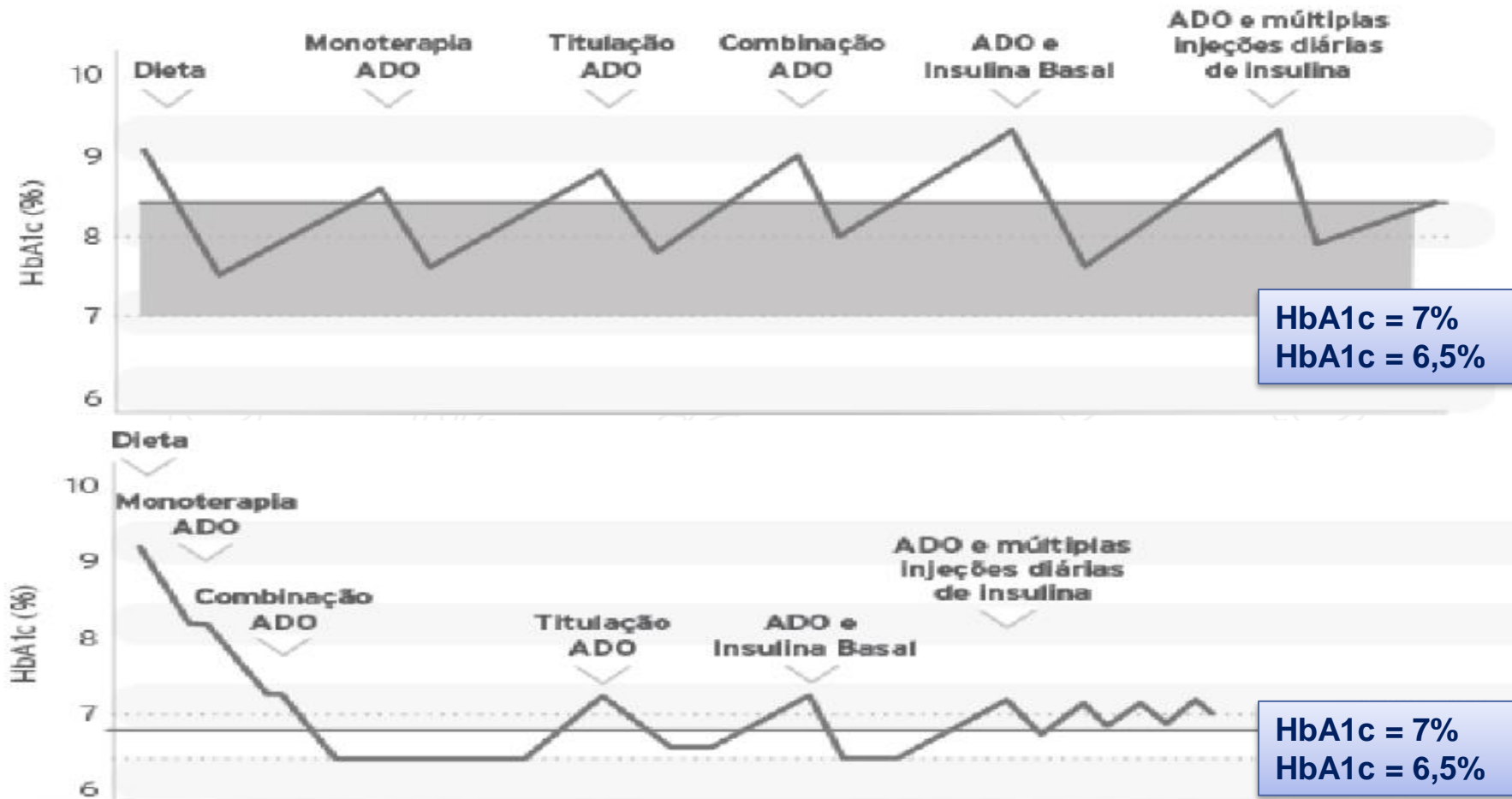


**PARA EVITAR A INÉRCIA CLÍNICA, REAVALIE E MODIFIQUE O TRATAMENTO REGULARMENTE (3-6 MESES)**



Davies, Melanie J., et al. "Management of hyperglycaemia in type 2 diabetes, 2018. A consensus report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD)." Diabetologia 61.12 (2018): 2461-2498.

# Tratamento Conservador x Pró ativo do DM2



# Brasil: mais de 70% dos diabéticos têm HbA1c acima de 7,0



HbA1c	n=5692
<7,0	27%
7,0 - 7,9	20%
8,0 - 8,9	16%
9,0 - 9,9	12%
10 - 10,9	9%
11,0 - 11,9	6%
≥12,0	9%

**R6.** Em adultos assintomáticos com DM2, com risco CV baixo ou intermediário, sem tratamento prévio, nos quais HbA1c estiver acima de 9%, a terapia tripla incluindo metformina e dois outros AD1 ou AD **DEVE SER CONSIDERADA** para melhora do controle glicêmico.

# Efeito legado na coorte do estudo Diabetes & Envelhecimento

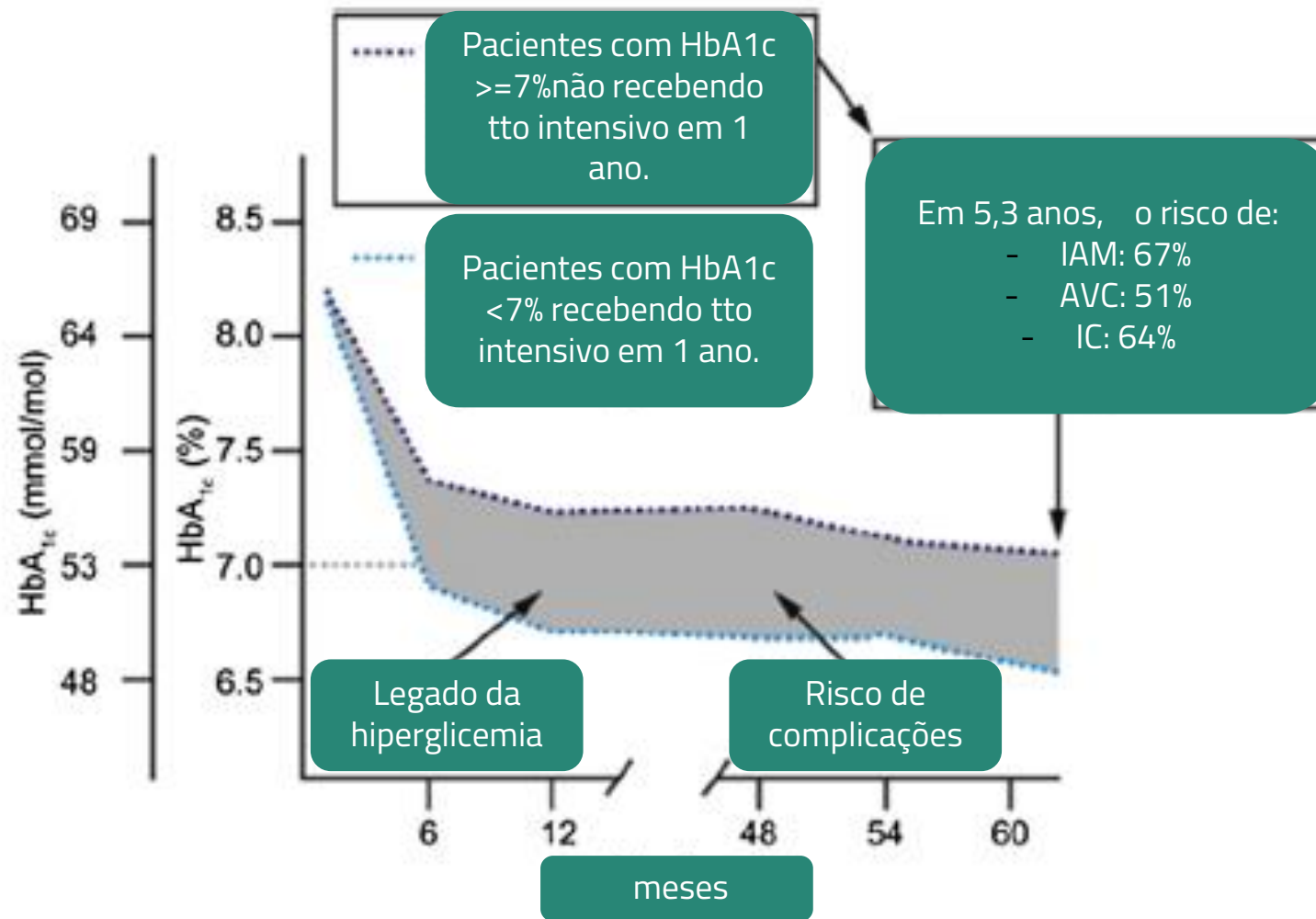
Pacientes DM2:  
**HbA1c 7,0-8,0 vs. < 6,5**  
no primeiro ano de  
tratamento

10 anos

↑ 20% desfechos micro e  
macrovasculares  
↑ 29% mortalidade

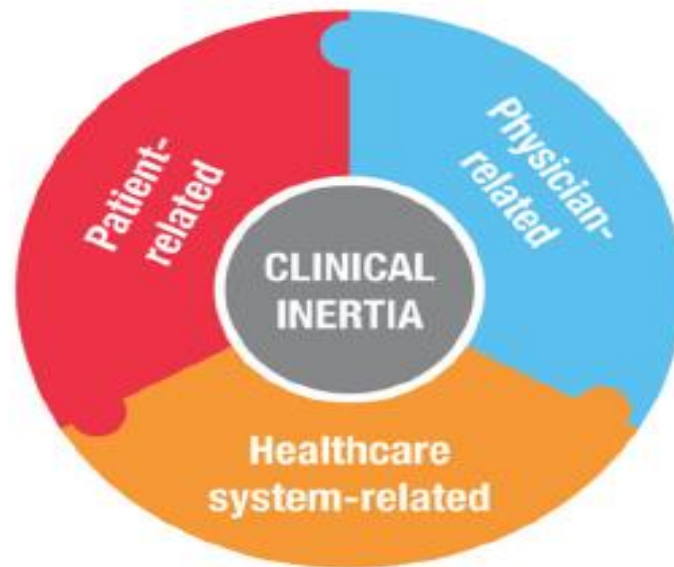


# Consequências da inércia clínica em pacientes sem doença CV prévia



# Barreiras relacionadas a pacientes e médicos

- Denial of disease
- Lack of awareness of progressive nature of disease leading to feeling of 'failure'
- Lack of awareness of implications of poor glycemic control
- Fear of side effects (hypoglycaemia, weight gain)
- Concerns over ability to manage more complicated treatment regimens
- Too many medicines
- Treatment costs
- Poor communication with physician
- Lack of support
- Lack of trust in physician



- Time constraints
- Lack of support from e.g. nursing staff
- Concerns over costs of treatment/testing etc.
- Reactive rather than proactive care
- Underestimation of patient's needs
- Difficulties navigating guidelines and algorithms
- Lack of information or understanding of new treatment options and potential benefits
- Lack of information on side effects/fear of causing harm (ie. hypoglycemia)
- Lack of clear guidance on individualizing treatment
- Concerns over patient's ability to manage more complicated treatment regimens
- Concerns over patient adherence

- No clinical guidelines
- No disease registry
- No visit planning
- No active outreach to patients
- No decision support
- No team approach to care
- Poor communication between physician and staff

# Barreiras relacionadas a médicos

- Time constraints
- Lack of support from e.g. nursing staff
- Concerns over costs-of treatment/testing etc.
- Reactive rather than proactive care
- Underestimation of patient's needs
- Difficulties navigating guidelines and algorithms
- Lack of information or understanding of new treatment options and potential benefits
- Lack of information on side effects/fear of causing harm (ie. hypoglycemia)
- Lack of clear guidance on individualizing treatment
- Concerns over patient's ability to manage more complicated treatment regimens
- Concerns over patient adherence

- Limite de tempo
- Pouco suporte (equipe)
- Cuidado reativo x proativo
- Subestimar o que o paciente precisa
- Dificuldade com algoritmos e mudar conduta
- Falta de informação sobre ef colaterais
- Achar que o paciente não conseguirá utilizar o medicamento
- Achar que o paciente não vai aderir

# Barreiras relacionadas a médicos

- Denial of disease
- Lack of awareness of progressive nature of disease leading to feeling of 'failure'
- Lack of awareness of implications of poor glycaemic control
- Fear of side effects (hypoglycaemia, weight gain)
- Concerns over ability to manage more complicated treatment regimens
- Too many medicines
- Treatment costs
- Poor communication with physician
- Lack of support
- Lack of trust in physician

- Negar a doença
- Não entender a progressão
- Não saber das complicações
- Medo dos efeitos colaterais
- Medo de hipoglicemia
- Muitas medicações
- Comunicação pobre com o médico
- Falta de confiança no médico
- Pouco suporte da equipe

# "The Protection Motivation Theory"

Em quais condições há **MUDANÇA** de **COMPORTEAMENTO** para proteger a si mesmo de algum **RISCO** para a saúde?

CRITÉRIOS NECESSÁRIOS para que ocorra a MUDANÇA de comportamento	E se aplicarmos ao DIABETES?
Perceber a <b>doença como SEVERA</b>	OK, a maior parte percebe assim
Perceber a <b>si como VULNERÁVEL</b>	Não, o risco é subestimado
Considerar o que é recomendado <b>EFETIVO para que modifique o RISCO como realmente EFETIVO</b>	Não, <b>maioria não tem conhecimento acurado de que a MEV reduz risco de piora da doença.</b>
Perceber-se <b>como APTO</b> para melhorar o comportamento	MEV – vista como baixa eficácia no tratamento Paciente se vê como <b>POUCO EFICAZ</b>

# Para pensar

- Tratar mais cedo, com mais medicações associadas é a tendência (~HAS) / Tratar pré DM2 e sobrepeso em alguns cenários já é indicado, principalmente se há ESTEATOSE;
- “DIABESIDADE” é a mesma doença!
  - Não julgar os pacientes / Educação é 80% do tratamento
  - Fazer sempre a MEV (inclusive na sua vida doutor(a)!)!
- Monitoramento glicêmico aumenta adesão a dieta e ao exercício físico

# Para pensar

- Treinamento sistemático das equipes (redução estigma e atenção para indicadores)
- Tratamento de Obesidade sem MEDICAÇÕES ??
- Oferecer apenas a cirurgia como tratamento é suprimir a face genética e de recaída que é natural da patologia obesidade;
- Incorporação de tratamento DIGNO (protocolos com medicação) para a população do SUS obedece as Diretrizes constitucionais da saúde.

# Abordagem e tratamento de Diabetes e Obesidade na APS

Dra. Cristina da Silva Schreiber de Oliveira