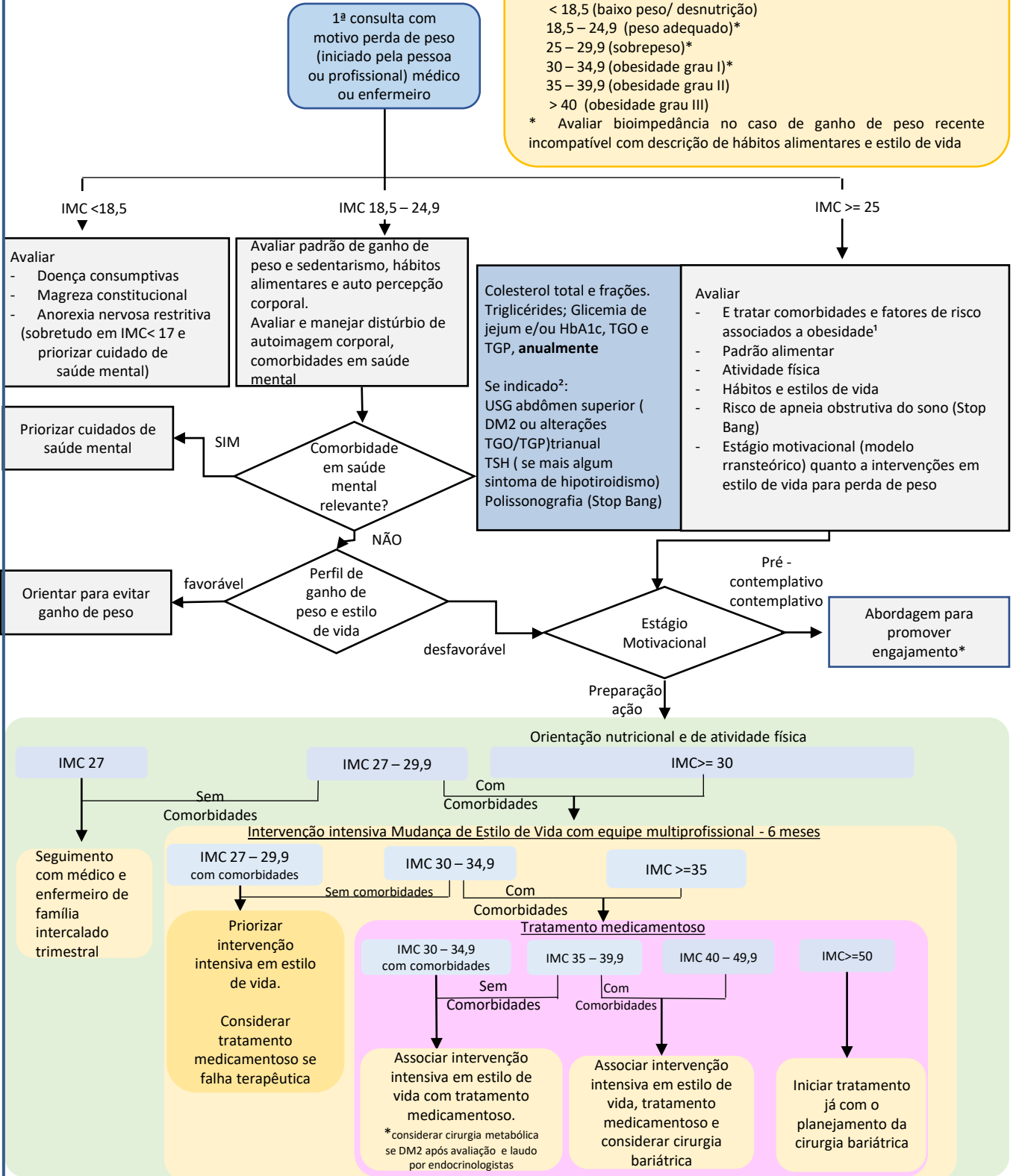




## FLUXOGRAMA DE PERDA E CONTROLE DE PESO

População >15 anos – Atenção Primária



## ACOMPANHAMENTO MÉDICO ATENÇÃO PRIMÁRIA

### Consulta médica

- Pesar, calcular IMC ( cada consulta);
- Checar resultados de exames e tratar comorbidades e fatores de risco associados a obesidade;
- Checar padrão alimentar, atividade física, hábitos e estilos de vida
- Acordar **meta de perda ponderal** e ponderar modalidades de tratamento;
- **Não postergar** tratamento medicamentoso ou cirúrgico se indicado.

- Ponderar investigação adicional de acordo com achados laboratoriais. (p. ex. hormônios tireoidianos adicionais, investigação adicional de hepatopatia)

### Meta de perda ponderal

Ter como guia os seguintes parâmetros:

- 5% do peso inicial em até 3 meses, 7% em 6 meses e 10% em 12 meses;
- Após este período, considerar:
  - Manutenção adequada de peso perdido - pelo menos 10% do peso inicial ;
  - Expectativa de perda: manter perda de 5% do peso inicial por ano subsequente até perda de 50% do excesso de peso ((peso inicial - atual) / (peso inicial - peso para IMC 25) ou IMC adequado.

### SEM tratamento medicamentoso

- Priorizar Mudança do Estilo de Vida;
- Ponderar avaliação médica para avaliar associação de tratamento medicamentoso ou indicação de tratamento cirúrgico se:
  - Não houver perda de peso no intervalo de **até 03 meses** OU
  - As metas não foram atingidas no decorrer do acompanhamento.

### COM tratamento medicamentoso

#### Em todas as consultas:

- Priorizar Mudança do Estilo de Vida;
- Pesar, calcular IMC ;
- Checar padrão alimentar, atividade física, hábitos e estilos de vida;
- Rever efeitos adversos de medicamentos, adesão;
- **Se não houver perda de peso, reavaliar estágio de prontidão para a mudança.**

### Critérios de encaminhamento para endocrinologista

- Resposta insuficiente ao tratamento medicamentoso;
- Distúrbios alimentares associados (p. ex. compulsão alimentar noturna, bulimia);
- Suspeita de obesidade secundária (p. ex. Doença de Cushing, Prader-Willi, deficiência de GH, medicamentosa).

Com perda manutenção

Reavaliação de peso em 2 meses

Sem perda ou troca de medicamento

Consulta com Atenção Primária (após 1 mês da prescrição da medicação ou se indicado)

Com Perda de peso

Sem Perda de peso

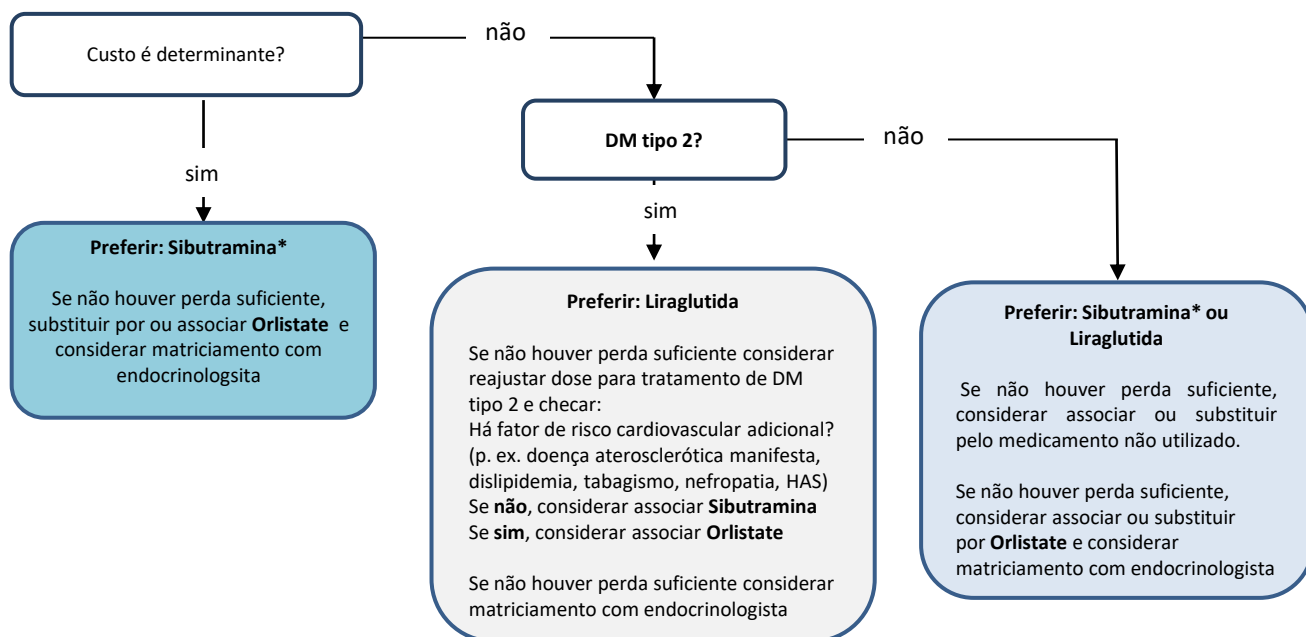
Consulta médica em 1 mês

- Pesar, calcular IMC;
- Checar padrão alimentar, atividade física, hábitos e estilos de vida;
- Rever efeitos adversos medicamentos, adesão;
- **Checar meta (5% de perda de peso). Se não atingiu, reavaliar estágio de prontidão para a mudança, rever tratamento medicamentoso.**

- Pesar, calcular IMC;
- Checar padrão alimentar, atividade física, hábitos e estilos de vida;
- Rever efeitos adversos medicamentos, adesão;
- **Se não houver perda de peso com uso adequado do medicamento, reavaliar estágio de prontidão para a mudança, rever tratamento medicamentoso. Retorno em 1 mês**

## TRATAMENTO INTENSIVO PARA PERDA DE PESO – Atenção Primária

1ª linha: Seguimento intensivo com equipe multiprofissional para mudança em alimentação e estilo de vida



\* Avaliar contraindicações descritas, em especial presença de risco cardiovascular adicional: doença aterosclerótica manifesta, dislipidemia, tabagismo, nefropatia, HAS sem controle

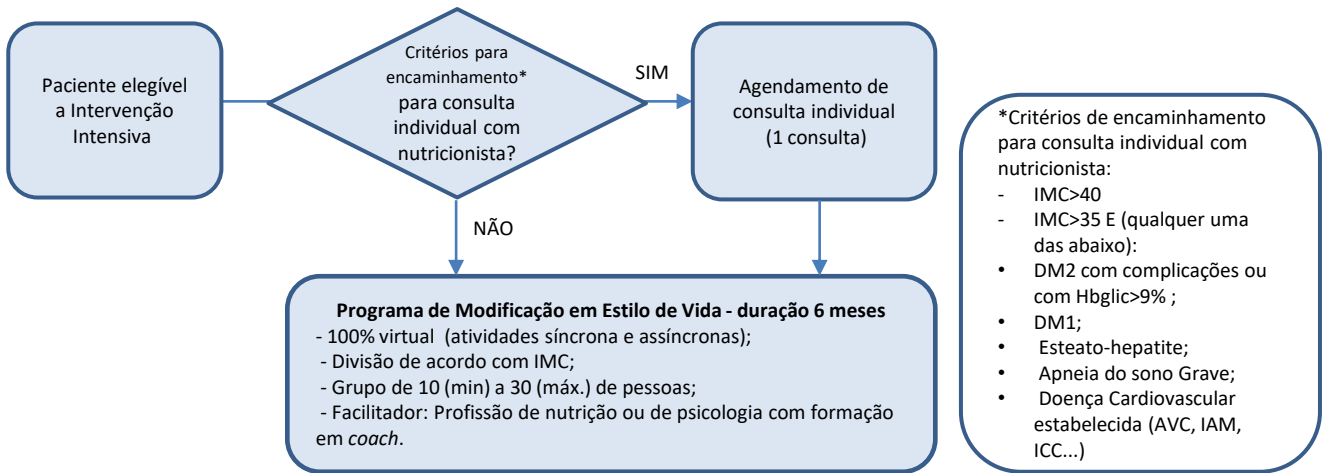
### Considerar suspender medicamentos e matricular com endocrinologista em caso de:

- Resposta insuficiente ao tratamento medicamentoso;
- Distúrbios alimentares associados (p. ex. compulsão alimentar noturna, bulimia);
- Suspeita de obesidade secundária (p. ex. Doença de Cushing, Prader-Willi, deficiência de GH, medicamentosa).

Medicações	Δ peso em relação a placebo <sup>1 2</sup>	Custo médio mensal em dose máx.	Apresentação e Posologia	Ação
<b>Sibutramina (Biomag)</b>	4,5% em 1 ano R\$40,00	R\$40,00	10 mg a 15 mg oral 1 vez ao dia 3 h antes do horário da maior fome do dia (termo de consentimento e receituário B2).	Inibidor de recaptção de monoaminas (noradrenalina, serotonina e discretamente dopamina). Promove saciedade e saciação.
<b>Orlistate (Xenical)</b>	2,6% em 1 ano R\$120,00	R\$150,00	120 mg oral antes das refeições (até 3 vezes ao dia).	Inibidor de lipase pancreática e gástrica resultando em mal absorção de gorduras que diminui o aporte calórico.
<b>Liraglutida (Saxenda)</b>	5,3% em 1 ano R\$650,00	R\$650,00	Inicial: 0,6 mg subcutâneo 1x/dia. Aumentar 0,6 mg por semana até 3,0 mg.	Agonista de GLP1, tem ação hipotalâmica em neurônios envolvidos no balanço energético, em centros ligados ao prazer e recompensa e uma ação menor na velocidade de esvaziamento gástrico.

Medicações	Contraindicação	Efeitos colaterais comuns	Observação
Sibutramina (Biomag)	Gestação- aterosclerose manifesta prévia, insuficiência cardíaca, arritmias, hipertensão não controlada (> 140 x90 mmHg), DM associado a 1 fator de risco (HAS ou dislipidemia ou tabagismo ou microalbuminúria). Antecedentes de bulimia e anorexia. Uso de outras medicações de ação central ou inibidores de MAO.	Alteração do paladar (gosto metálico), taquicardia, palpitações, aumento da pressão arterial, vasodilatação (ondas de calor), náuseas, boca seca, insônia, constipação, tremores, palpitações, ansiedade, cefaleia, tontura, sudorese, cólica menstrual.	Monitorar PA e FC após introdução. (Primeiros 3 meses de tratamento a cada 2 semanas. Entre 4 a 6 meses estes parâmetros devem ser verificados uma vez por mês. Após, periodicamente, a intervalos máximos de 3 meses).
Orlistate (Xenical)	Gestação- doença inflamatória crônica intestinal, Síndrome de má absorção crônica e colestase.	Evacuação gordurosa, escape de óleo, flatulência com escape, urgência para evacuar, aumento das evacuações, incontinência fecal.	Rever o uso de medicações que possam ter sua absorção alterada como anticoncepcionais orais, warfarina, anticonvulsivantes entre outros. Considerar uso de polivitamínico, sobretudo no uso prolongado.
Liraglutida (Saxenda)	Gestação. Carcinoma medular de tireoide, Neoplasia Endócrina Múltipla Tipo 2.	Náusea, vômitos, constipação, hipoglicemia, diarreia, cefaleia, cansaço, tontura, dor abdominal aumento de nível de lipase.	Orientar uso de agulha de 4 mm. Encaminhar para orientação quanto ao uso.

## INTERVENÇÃO INTENSIVA EM ESTILO DE VIDA - PLATAFORMA DIGITAL



### Encontros Síncronos

- Tempo total de cada encontro: 60 min;
- Envio de material educativo antes do encontro;
- Duas modalidades:

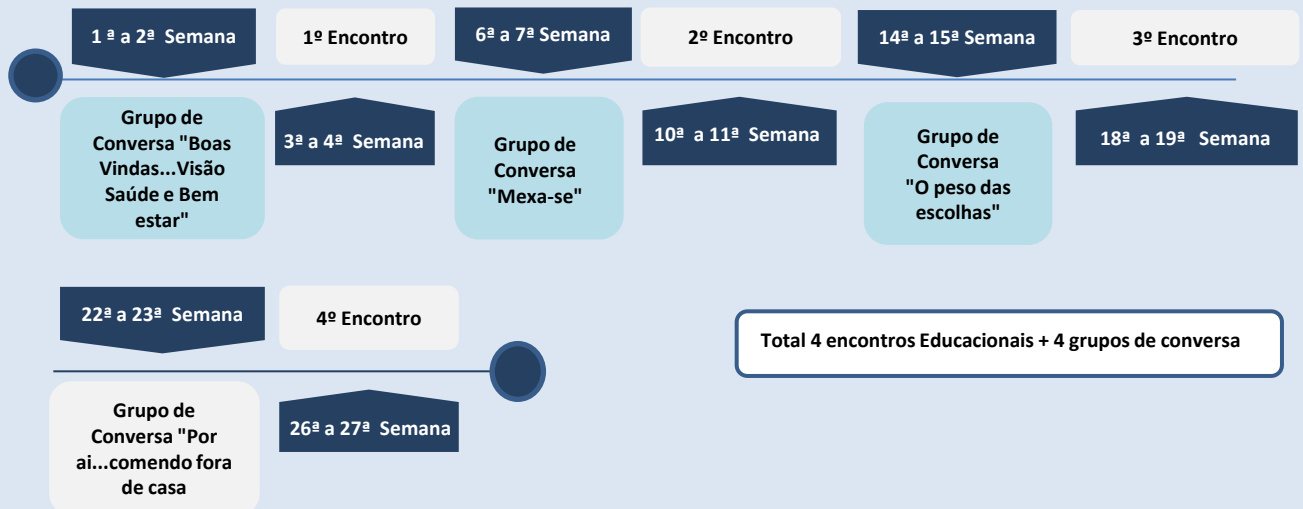
1. Grupos de conversa (perfil comportamental)
2. Encontros Educativos (oficinas temáticas)

### Interação Assíncrona

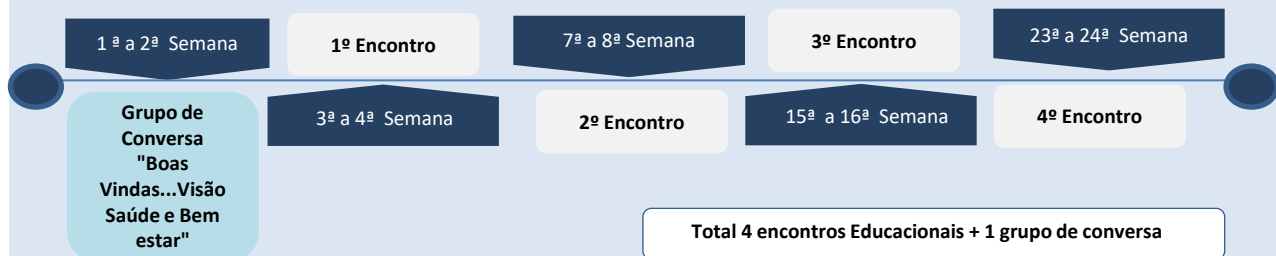
- Espaço para dúvidas e discussões (resposta em até 3 dias)
- Materiais de apoio:
  - Vídeos;
  - Áudios;
  - PDFs produzidos para cada etapa.



## GRUPO A - OBESIDADE GRAU I COM COMORBIDADE, GRAU II E GRAU III



## GRUPO B – EUTRÓFICO, SOBREPESO E OBESIDADE GRAU I SEM COMORBIDADE





## FLUXO CIRÚRGICO

### Crítérios de Inclusão:

- Idade entre 18 e 65 anos
- E**
- IMC  $\geq 40$
- IMC de 35 a 39,9, na presença de comorbidades\*
- IMC de 30 a 34,9, na presença de DM2 não controlado após avaliação e laudo de endocrinologista.
- **Sempre com falência do tratamento clínico**

### Crítérios de Exclusão:

- Cirurgia bariátrica prévia (com exceção de gastrectomia vertical)
- Transtornos psiquiátricos descontrolados
- Gestação
- Doença Oncológica ativa
- Doenças sistêmicas graves e descontroladas

**Paciente elegível ao Fluxo Cirúrgico** (vide critério de exclusão e inclusão) e concordante a proposta cirúrgica

### **\*Exames iniciais mínimos:**

- USG de abdome superior
- Endoscopia Digestiva Alta
- ECG em repouso
- Exames séricos: HMG completo, TP/TTPA, Potássio, Creatinina, Glicemia de Jejum, Hbglicada, Proteína Total e Frações, Ferro, 25-OH Vitamina D e Vitamina B12.

### **Consulta Médica Presencial (ou Endocrinologista parceiro):**

Indicação e orientação do Fluxo e solicitação de exames mínimos\* e pré-operatórios (vide fluxo específico)

**Consulta com MFC para avaliação pré-operatória e risco cirúrgico conforme fluxo próprio**

Início Fluxo

1ª a 3ª semana

Até 5ª semana

5ª - 7ª semana

9ª - 11ª semana

12ª semana

8ª semana

- Consulta com nutricionista
- Consulta com psicologia (s/n matriciamento com Psiquiatria)
- Realização de exames solicitados inicialmente

- Consulta médica presencial com equipe cirúrgica (reforçar orientação ao paciente que esta deverá ser feita após a realização de exames solicitados quando do encaminhamento)

- Consulta Enfermeiro digital checar exames e agendamento com MFC para solicitação de exames mínimos pré-operatórios (conforme protocolo)
- Consulta com MFC digital para solicitação de exames pré-operatórios (conforme protocolo específico)
- Consulta com nutricionista
- Consulta com psicologia

- Consulta médica presencial com equipe cirúrgica após avaliação de risco cirúrgico\*
- Consulta presencial com nutricionista + Bioimpedância (preferencialmente 1 semana antes da data da cirurgia)
- Monitoramento Central

**Cirurgia** (Central - já realiza agendamento de consultas pós-operatórias iniciais)

Equipe multidisciplinar emite laudo

Equipe cirúrgica da entrada no pedido cirúrgico

### **Meta de perda ponderal durante processo do Fluxo Pré Operatório**

Ter como meta perda de ao menos 5% do peso inicial até cirurgia, recorrendo ao tratamento medicamentoso otimizado (considerar matriciamento com endocrinologista).

### **Para participantes Expresso Cirúrgico CUIDAR**

**Técnicas cirúrgicas:** Bypass gástrico com derivação em Y-de-Roux ou Gastrectomia vertical

**Tempo médio de Internação previsto:** 2 dias (hospital preferencial HIAE)  
**Documentos para liberação cirúrgica:** Pedido cirúrgico equipe referência (destacar que o paciente é oriundo do Programa de Obesidade CUIDAR) + laudos psicologia (se indicado laudo médico Psiquiatra) + laudo nutrição + laudo endocrinologista se IMC  $< 35 \text{ Kg/m}^2$  (enviar para equipe N. Regulação)

# AVALIAÇÃO PRÉ- OPERATÓRIA BARIÁTRICA

Registro em prontuário eletrônico em documento intitulado "Avaliação Pré-Operatória" realizado pelo Médico de Família

## Exames pré-operatórios mínimos:

- USG de abdome superior;
- Endoscopia Digestiva Alta;
- ECG em repouso;
- Exames séricos: HMG completo, TP/TTPA, Potássio, Creatinina, Glicemia de Jejum, Hbglicada, Proteína Total e Frações, Ferro, 25-OH Vitamina D e Vitamina B12.

## AVALIAÇÃO REALIZADA PELOS MÉDICOS DE FAMÍLIA - CLÍNICAS EINSTEIN

### Classificação Estado Físico Global

Escore ASA

### Avaliação Cardiovascular

ECG em repouso

### Avaliação Pulmonar

#### Exames indicados:

- RX tórax: > 50 anos
- Prova Função Pulmonar: se ASMA/DPOC/Dispneia aos mínimos esforços.
- Se diagnóstico de SAOS e Sd Hipoventilação da Obesidade registrar em prontuário

Se exames alterados ou descompensação clínica considerar avaliação ou matriciamento com Pneumologista parceiro CUIDAR

### Risco Hematológico

#### Risco de sangramento

TP/ TTPA + Plaquetas  
Avaliação de risco de sangramento\*\*

Alteração em algum dos acima?

SIM

NÃO

Avaliação Hematologista parceiro CUIDAR

Liberação para cirurgia

#### Risco de TEV

Avaliação de Risco TEV –HIAE na **admissão hospitalar**

Se uso de anticoagulante atual-matricamento com Hematologista parceiro CUIDAR

Alterações sugestivas de SCA?

Não

Sim

Estimar risco cardíaco operatório (score Gupta\*)

BAIXO RISCO >1%

ALTO RISCO  $\geq$ 1%

Liberação para cirurgia

Avaliação Cardiologista parceiro CUIDAR

\*\* Questões relacionadas ao risco de sangramento

- 1) Sangramento em excesso na boca ou via nasal?
- 2) Já teve sangramento em músculos ou articulações?
- 3) Você faz hematomas grandes mesmo na ausência de lesões óbvias?
- 4) Já sangrou excessivamente após pequenas feridas?
- 5) Teve sangramento excessivo em tratamento dentário?
- 6) Teve sangramento intenso ao realizar algum procedimento médico/cirúrgico?
- 7) Já teve de fazer transfusão?
- 8) Algum parente têm tendência a sangrar ou tem sangramento excessivo após cirurgia?
- 9) Você toma medicações anticoagulantes ou usou aspirina nos últimos 10 dias?

\* Risco Cardiovascular: [https://qxmd.com/calculate/calculator\\_245/gupta-perioperative-cardiac-risk](https://qxmd.com/calculate/calculator_245/gupta-perioperative-cardiac-risk)



# CIRURGIA

- Elaboração de relatório cirúrgico com técnica utilizada e Peso pré-operatório
- Avaliação de Risco de TEV na admissão hospitalar
- Avaliar profilaxia medicamentosa para TEV estendida no momento da alta

- Consulta presencial com cirurgião (solicitação exames laboratoriais para 3mês) + prescrição de polivitamínico\*
- Consulta presencial com nutricionista (1ª semana) e não presencial (2ª semana)

P.O 1 – 2ª semana

P.O 1-2º mês

- Consulta cirurgião não presencial
- Consulta presencial com nutricionista (1 mês) + retorno não presencial (2º mês)
- Consulta presencial com psicologia + retorno não presencial no 2º mês
- Consulta à distância Educ. Físico

- Consulta com Médico de Família presencial - solicitação de exames laboratoriais para 6º mês\*
- Consulta presencial nutricionista
- Consulta presencial psicologia

P.O 3º mês

## Exames laboratoriais\*:

3º mês:

- Hemograma completo e ferritina. (Se DM prévio: Hbglicada)

6º e 12º mês e anualmente\*:

- Hemograma completo, ureia, creatinina, sódio, zinco, ferritina, vitamina B12, Ác. fólico, Vitamina D, proteínas total e frações.

## Exames complementares para consulta do 12º mês:

- Endoscopia Digestiva Alta + USG de abdome superior

Monitoramento CTC - checagem de exames e evolução de metas

- Consulta presencial com Cirurgião- Solicitação de exames laboratoriais para 12º mês
- Consulta presencial com Médico de Família
- Consulta presencial com Nutricionista/Educ. Físico

P.O 6º mês

- Consulta presencial com Médico de Família - solicitação de exames laboratoriais\*
- Consulta presencial com Cirurgião
- Consulta presencial com Nutricionista

P.O 12º mês

## Meta de perda ponderal nos primeiros 12 meses pós-operatório

Ter como meta perda de ao menos 50% do excesso de peso pré-operatório (peso atual-peso ideal considerando IMC de 25/peso atual-peso pré-operatório).

Manter seguimento com Atenção primária

SIM

Paciente atingiu meta de peso?

NÃO

Encaminhamento para Endocrinologista Prog. Cuidar Considerar tratamento medicamentoso complementar

- Consulta 6/6 meses
- Peso/Altura em todas consultas
- Exames laboratoriais **anualmente\***
- Exames complementares e reposição de acordo com técnica cirúrgica proposta

NÃO

Aumento de >10% da perda do excesso peso após 12 meses ou perda excessiva (desnutrição) ou dificuldade para reposição?

SIM

## Gastrectomia Vertical:

### Exames adicionais:

- EDA 1x por ano
- USG de abdome: 1x por ano por 3 anos (se colecistectomia prévia não há necessidade)

### Reposição vitamínica:

- Apenas se deficiência constatada

## Bypass com derivação em Y-de-roux:

### Exames adicionais:

- EDA apenas se sintomas
- USG de abdome: 1x por ano por 3 anos (se colecistectomia prévia não há necessidade)

### Reposição vitamínica:

- Suplemento vitamínico (ex: Baristar) uso contínuo
- Demais reposições apenas se deficiência constatada

## 1 Profilaxia TEV estendida:

Na presença de 2 ou + critérios:

- Sexo masculino / Idade  $\geq 60$  anos / IMC  $\geq 50$  kg/m<sup>2</sup> Insuf. Cardíaca Descompensada/ Dispneia em repouso/ Paraplegia / Cirurgia  $\geq 3h$  / Necessidade de reoperação /
- Tempo de permanência hospitalar  $> 3$  dias
- Droga: Enoxaparina 40 mgSC 1x ao dia (considerar 60 mg se IMC  $> 50$ kg/m<sup>2</sup>)

## 2 Polivitamínico (ex: Baristar 2cp 1x ao dia):

Gastrectomia vertical por 6 meses

Bypass com derivação em Y-de-roux indefinido



**AValiaÇÃO MÉDICA ENDOCRINOLÓGICA**

**Encaminhamento pela MFC**

**Crítérios de encaminhamento para endocrinologista**

- Resposta insuficiente ao tratamento medicamentoso;
- Distúrbios alimentares associados (p. ex. compulsão alimentar noturna, bulimia);
- Suspeita de obesidade secundária (p. ex. Síndrome de Cushing, Prader-Willi, medicamentosa p. ex. corticoterapia).
- Perda de peso insuficiente de peso 12 meses após cirurgia bariátrica e/ou reganho de peso após >12 meses da cirurgia ou desnutrição ou dificuldade para reposições (vide fluxo cirúrgico)

Considerar exames complementares se suspeita de obesidade secundária à Síndrome de Cushing: cortisol salivar (meia noite), cortisol urinário 24h

**Opções Medicamentosas**  
*Off-label (isolada ou combinações)*  
*nos casos de encaminhamento pós-cirurgia considerar medicações On-label novamente*

Topiramato (50 - 200mg)

Fluoxetina (20-40mg) ou  
Sertralina (50-200mg)

Bupropiona (150-300mg) +  
Naltrexona (8-50mg)

Semaglutide  
(0,25-1,0mg SC)

**PROPOSTA DE SEGUIMENTO**

Início do tratamento medicamentoso

Consulta médica após 1 mês

Limite 3 meses ou uso de duas medicações

Sucesso Terapêutico?

Seguimento Atenção Primária

Com perda  
Manutenção

Consulta médica após 2 mês

Com perda

Consulta médica após 1 mês\*

Sem perda

Indicação Bariátrica?

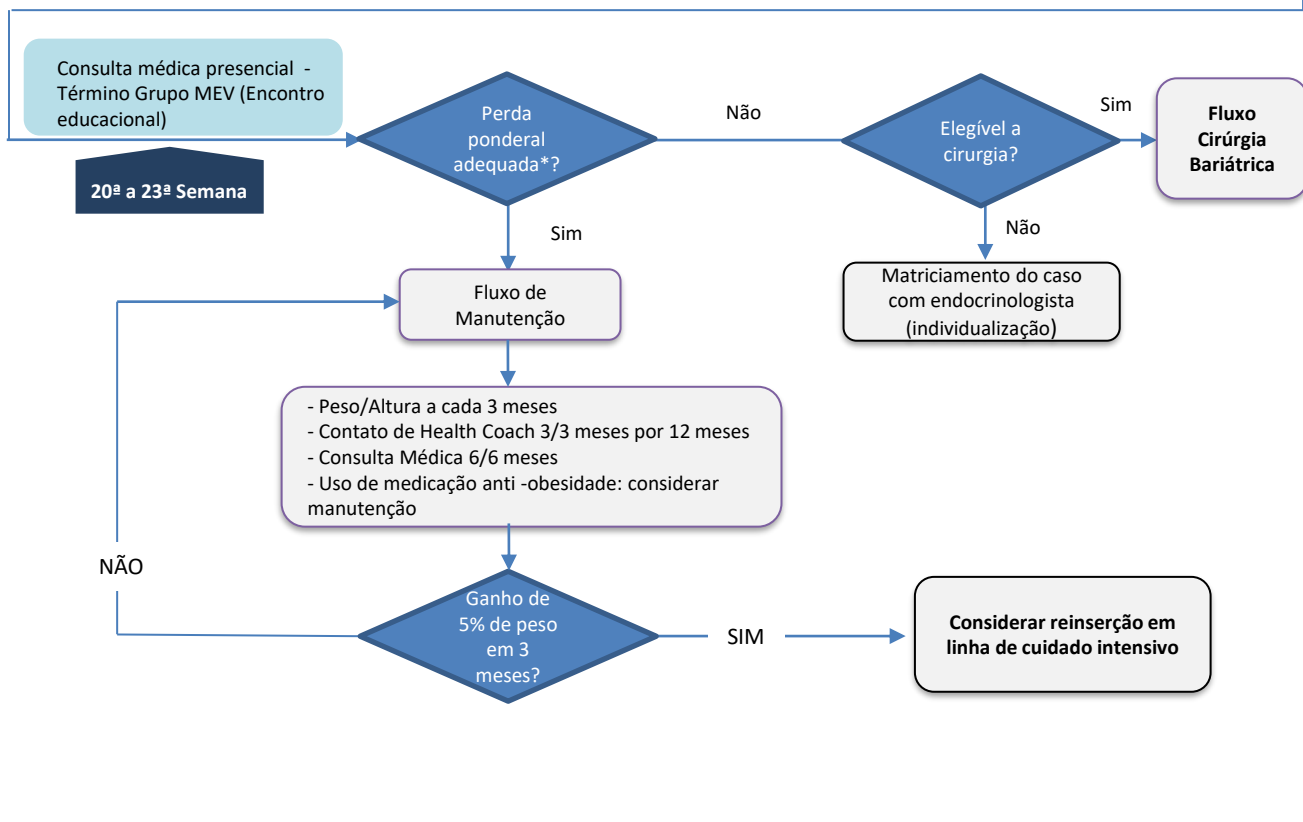
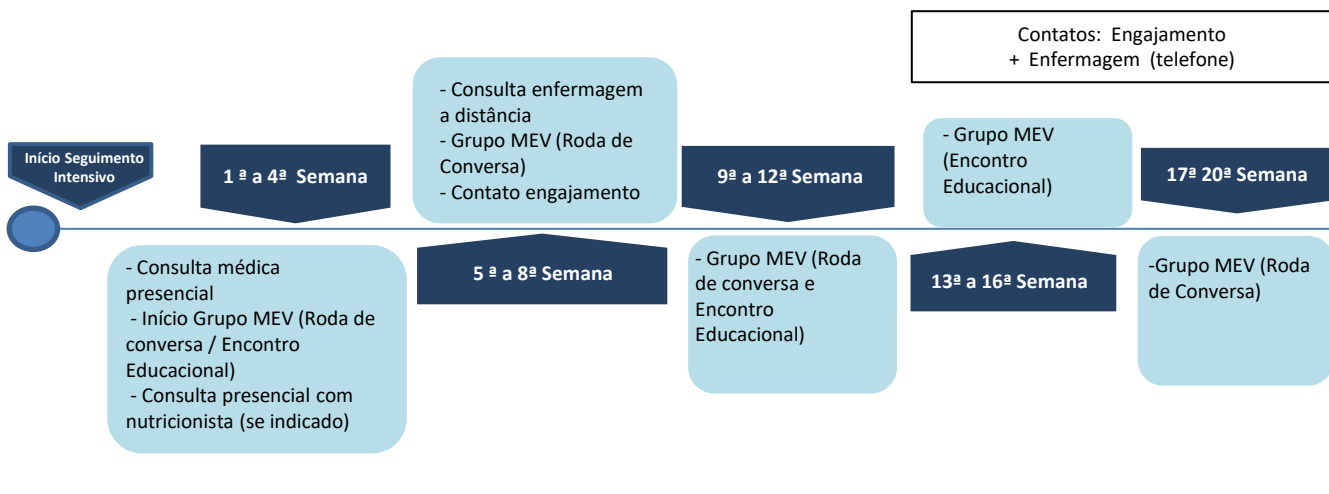
Individualização do tratamento associado à Atenção Primária

Proposta tratamento Cirúrgico

Obs: para casos já operados considerar discussão conjunta com time cirúrgico

- Pesagem, calcular IMC. Checar padrão alimentar, atividade física, hábitos e estilos de vida;
- Rever efeitos adversos medicamentosos, adesão. Se não houver perda de peso com uso adequado do medicamento, reavaliar estágio de prontidão para a mudança, rever tratamento medicamentoso. Retorno em 1 mês.

# JORNADA BÁSICA DO PACIENTE EM TRATAMENTO INTENSIVO



## META DE PERDA PONDERAL

- Ter como guia os seguintes parâmetros:
  - 5% do peso inicial em até 3 meses, 7% em 6 meses e 10% em 12 meses;
- Após este período, considerar:
  - Manutenção adequada de peso perdido - pelo menos 10% do peso inicial;
  - Expectativa de perda: manter perda de 5% do peso inicial por ano subsequente até perda de 50% do excesso de peso ((peso inicial - atual) / (peso inicial - peso para IMC 25) ou IMC adequado.

**Referências:**

- BMJ Best Practice Obesity in Adults - <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-us/211> - acessado em outubro de 2020.
- Diretriz Brasileira de Obesidade – Associação para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica, 2016
- Mechanick JI, Apovian C, Brethauer S, Garvey WT, Joffe AM, Kim J, Kushner RF, Lindquist R, Pessah-Pollack R, Seger J, Urman RD. Clinical practice guidelines for the perioperative nutrition, metabolic, and nonsurgical support of patients undergoing bariatric procedures–2019 update: cosponsored by american association of clinical endocrinologists/american college of endocrinology, the obesity society, american society for metabolic & bariatric surgery, obesity medicine association, and american society of anesthesiologists. *Endocrine Practice*. 2019 Dec;25(s2):1-75.
- Look AHEAD Research Group. Long term effects of a lifestyle intervention on weight and cardiovascular risk factors in individuals with type 2 diabetes: four year results of the Look AHEAD trial. *Archives of internal medicine*. 2010 Sep 27;170(17):1566.
- Jensen MD, Ryan DH, Apovian CM, Ard JD, Comuzzie AG, Donato KA, Hu FB, Hubbard VS, Jakicic JM, Kushner RF, Loria CM. 2013 AHA/ACC/TOS guideline for the management of overweight and obesity in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and The Obesity Society. *Circulation*. 2014 Jun 24;129(25 Suppl 2):S139-40.
- Apovian CM, Aronne LJ, Bessesen DH, McDonnell ME, Murad MH, Pagotto U, Ryan DH, Still CD. Pharmacological management of obesity: an Endocrine Society clinical practice guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2015 Feb 1;100(2):342-62.
- Wadden TA, Tsai AG, Tronieri JS. A protocol to deliver intensive behavioral therapy (IBT) for obesity in primary care settings: the MODEL-IBT program. *Obesity*. 2019 Oct;27(10):1562-6.

<b>Código Documento:</b> CPTW145.3	<b>Elaborador:</b> Gustavo Daher Carlos A Minanni Anna C Dantas Demian de O. Alves Rafael H. Ornelas Natalia T.G. Brito Fabiana F. Teixeira Sley T. Guimarães	<b>Revisor:</b> Mauro Dirlando C de Oliveira	<b>Aprovador:</b> Hageas Da Silveira Fernandes	<b>Data de Elaboração:</b> 06/05/2022	<b>Data de Aprovação:</b> 06/05/2022
---------------------------------------	---	---	--	--	---